

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE RICHMOND**  
**Fase 2 del Programa Municipal COVID-19 de Alivio en el Pago de Servicios Públicos**

**SOLICITUD RESIDENCIAL para ayuda por atrasos en el pago de servicios públicos**

La Ciudad de Richmond ha recibido fondos para el Programa Municipal COVID-19 de Alivio en el Pago de Servicios Públicos, provistos por el Acta de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica (Acta CARES) por medio del Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Virginia. Estos fondos apoyarán a los esfuerzos municipales de alivio y les darán asistencia directa a los clientes que se han atrasado en sus pagos de servicios públicos como resultado de dificultades económicas debidas al COVID-19. El solicitante DEBE cumplir con los siguientes criterios para ser elegible para obtener fondos de este programa de alivio:

- Ser cliente activo del Departamento de Servicios Públicos (DPU) de la Ciudad de Richmond;
- Haber sufrido el impacto de dificultades económicas debidas al COVID-19 (ver más abajo);
- Haberse atrasado en el pago del servicio de acueducto, alcantarillado o gas natural de la Ciudad durante el periodo que va desde el 1º de marzo de 2020 hasta el 1º de noviembre de 2021\*;
- No haber recibido otra ayuda o alivio financiero para el pago de los servicios públicos de la Ciudad. **Sin embargo, aquellos que han recibido ayuda previamente del programa de alivio del Acta CARES pueden volver a solicitarla para un período de servicio distinto. Las solicitudes serán procesadas de acuerdo a su orden de llegada. LOS FONDOS SON LIMITADOS\* ; Y**
- **Enviar la solicitud debidamente completada, con información válida y legible. Lea las instrucciones cuidadosamente.**

**Sección 1 Dirección de la propiedad elegible (en donde se brinda el servicio)**

Dirección \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Sección 2 Información del cliente (titular de la cuenta)**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Dirección postal (si es distinta de la anterior) \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Sección 3 Certificación de dificultades económicas debidas al COVID 19**

Certifico que una de las personas de mi hogar o yo ha tenido una pérdida de ingresos debido a la pandemia de COVID-19, como resultado de que (marque todas las situaciones que correspondan):

- Despido del trabajo.
- El lugar de trabajo cerró.
- Se han disminuido las horas de trabajo.
- Tener que quedarse en casa para cuidar a sus hijos debido al cierre de la escuela o guardería.
- La pérdida de la cuota de sostenimiento o mesada de los niños.
- La imposibilidad de trabajar o la pérdida de horas de trabajo por haber contraído el COVID-19.
- La imposibilidad de encontrar trabajo debido al COVID-19.
- La falta de disposición o la incapacidad de volver al antiguo empleo, debido al alto riesgo de enfermarse gravemente de COVID-19.
- Otras circunstancias (describalas) \_\_\_\_\_

Nombre(s) de la(s) persona(s) afectadas en su hogar: \_\_\_\_\_

## Sección 4 Certificación del solicitante

Al solicitar hacer parte del programa de alivio económico, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Deseo recibir cualquier ayuda a la cual tengo derecho bajo las especificaciones de este programa.
- Certifico que la razón por la cual soy elegible para esta ayuda del Acta CARES es correcta de acuerdo a mi saber y entender.
- Declaro que hasta donde sé, soy la única persona que vive en el hogar correspondiente a la dirección que aparece en este formulario que ha solicitado esta ayuda financiera.
- Comprendo que si doy información falsa u oculto información con el fin de convertirme en elegible para beneficios a los cuales no tengo derecho o si solicito asistencia en más de un lugar, puedo ser procesado(a) por fraude y/o me puede ser negada la ayuda en el futuro.
- Comprendo que las agencias involucradas en este programa pueden verificar toda la información que he suministrado.
- Comprendo que mi firma en este formulario le da permiso al Departamento de Servicios Públicos de la Ciudad de Richmond para que verifique la información relacionada con mi solicitud de ayuda.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Envío de la solicitud/Información de contacto

Envíe la solicitud completada por correo electrónico, fax o en persona en:

Correo electrónico	<a href="mailto:DPUCares@richmondgov.com">DPUCares@richmondgov.com</a>
Fax	(804) 646-0737
Sitios de recepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcaldía   900 East Broad Street, oficina 115</li> <li>- Iniciativa del Distrito Oriental   701 North 25<sup>th</sup> Street</li> <li>- Centro de Servicios Comunitarios del Sur   4100 Hull Street</li> <li>- Todas las bibliotecas públicas de la Ciudad de Richmond</li> </ul>

**Debido a las posibles demoras en el correo postal de USPS, se recomienda NO enviar su solicitud por correo postal, ya que los fondos disponibles son limitados. Para tener una respuesta más rápida, por favor considere usar algunas de las opciones descritas arriba.**

**\*¡LOS FONDOS SON LIMITADOS y no se pueden extender más allá del período de alivio que concluye el 1º de noviembre de 2021! ¡HAGA SU SOLICITUD AHORA MISMO!**

Tenga en cuenta que puede tomar hasta dos ciclos de facturación para que los fondos de alivio aparezcan en su cuenta.

Si tiene alguna pregunta, llame al servicio al cliente de DPU al (804) 646-4646.

## For Internal Use Only (Para uso interno de la oficina NO LLENE ESTOS CAMPOS)

Date Received	Date Processed	Application	Arrearage Amount	Relief Amount	Account Credited
		<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied	\$	\$	\$