

HARDSHIP PROGRAM APPLICATION

****Only those who reside in owner occupied dwellings can apply****
****Sólo aquellos que residen en viviendas ocupadas por el propietario pueden aplicar****

Document Checklist ***Lista de Verificación de Documentos***

If all requested documentation is not provided the application will not accepted or reviewed.
Si usted no proporciona toda la información requerida, su aplicación no sera aceptada o revisada.

Please provide the following information: *(Por favor proporcione la siguiente información:)*

- _____ **Proof of all household income for the last month.**
(Paystubs, Unemployment Compensation Benefits, Social Security Benefits Letter, Public Assistance Benefits Letter, Etc.)
Prueba de: todo los ingresos del último mes, recibos de sueldos, beneficios de compensación por desempleo, carta de beneficios del seguro social, carta del Welfare, etc.
- _____ **Social Security Cards and ID for yourself and all household members.**
Tarjetas de seguro social y ID para usted y todos los miembros del hogar.
- _____ **Provide Proof Birth Dates of all the children in the house.**
Proporcione fechas de nacimiento de todos los niños en el hogar.
- _____ **Letter of circumstance (Reason you are requesting assistance)**
Carta de circunstancia (razón por la cual usted está solicitando asistencia).
- _____ **Proof of Home Ownership or Deed of Property.**
Prueba que usted es el dueño de la vivienda, ex: Título de Propiedad.
- _____ **Electric or Gas bill. Factura de luz o gaz.**

WE WILL NOT ACCEPT INCOMPLETE APPLICATIONS!
NO ACEPTAREMOS NINGUNA APLICACION INCOMPLETA!

Information can be returned to: Human Relations Commission
815 Washington St., Reading, PA 19601,
Attn: Hardship Program
hardship@readingpa.gov

Fax: (610) 655-6262

Telephone: (610) 655-6141

Pre- Screening Application

CITY OF READING HUMAN RELATIONS COMMISSION
(Comisión de Relaciones Humanas de la Ciudad de Reading)

All Questions Must Be Answered And All Requested Documentation Must Be Provided!
Todas las preguntas deben ser respondidas y toda la documentación solicitada debe ser proporcionada!

NAME (Nombre): _____ DATE (Fecha): _____
LAST FIRST M.I

ADDRESS (Dirección): _____

TELEPHONE # (Número de teléfono): _____

E-MAIL ADDRESS (correo electrónico): _____

If you want to be contacted via E-mail (Si desea ser contactado vía correo electrónico)

SOCIAL SECURITY: (Número de Seguro Social): _____/_____/_____

DATE OF BIRTH: (Fecha de nacimiento): ____/____/_____

ARE YOU A SENIOR CITIZEN? (¿Es usted un anciano?): YES _____ NO _____

DO YOU OWN YOUR HOME? (¿Es usted dueño de su casa?): YES _____ NO _____

DO YOU OWN ANY OTHER PROPERTIES? (¿Es dueño de otras propiedades?): YES _____ NO _____

DOES RAWA SERVICE YOUR PROPERTY? (¿Sirve RAWA su propiedad?): YES _____ NO _____

NAME OF ALL HOUSEHOLD MEMEBERS (Nombres de todos los miembros de la familia)	RELATIONSHIP (Parentesco)	DATE OF BIRTH (Fecha de nacimiento)

(LIST ANY ADDITIONAL FAMILY MEMBERS ON THE BACK)

(Lista a la parte de atras cualquier miembros de la familia adicionales)

INCOME (Ingreso)

TOTAL HOUSEHOLD INCOME (Ingreso total del hogar): \$ _____ per Month (por mes)

REASON FOR ASSISTANCE (Razones porque pide asistencia):

____ RECENT LAY OFF (Desempleo) ____ SENIOR CITIZEN (Envejeciente)

____ RECENT HARDSHIP (Reciente dificultades financieras)

- ☐ SEVERE HOUSING COST BURDEN (Costos de viviendas severos, ex: pagos de hipotecas muy altos)
- ☐ MEDICAL NEED (VERIFICATION) (Necesidad médica -verificación)
- ☐ CHILDREN UNDER AGE OF 5 YRS OLD (Niños menores de 5 años)
- ☐ OTHER (Otra razón)

I declare under penalty of perjury that the information provided here is true and correct. (Yo declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es verdadera y correcta.)

CLIENT SIGNATURE (Firma del cliente)

DATE (Fecha)

****ANY FALSE OR MISLEADING INFORMATION PROVIDED BY YOU WILL RESULT IN IMMEDIATE DISQUALIFICATION FROM THE PROGRAM.** (Cualquier información falsa o engañosa proporcionada por usted resultará en la descalificación inmediata del programa.)

****IT IS IMPORTANT THAT YOU RETURN THIS COMPLETED FORM TO OUR OFFICE AS SOON AS POSSIBLE DUE TO THE LARGE NUMBER OF REQUESTS FOR ASSISTANCE; ANY DELAY ON YOUR PART TO RETURN THE FORM COULD RESULT IN A SERIOUS DELAY IN RESPONDING TO YOUR REQUEST.** (Es importante que regrese este formulario a nuestra oficina tan pronto sea posible debido al gran número de solicitudes de asistencia. Cualquier retraso de su parte para devolver el formulario podría resultar en un grave retraso en responder a su petición.)

****INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED.**
(Formularios incompletos no serán aceptados.)