



Programa de Alivio de Utilidades Sunrise Cares Aplicación

Por favor revise los criterios del programa antes de comenzar esta aplicación, que se puede encontrar visitando: <http://www.sunrisefl.gov/utilityrelief>. Debe completar la solicitud en su totalidad para ser considerada y proporcionar la documentación justificativa requerida como se indica en la solicitud.

Las solicitudes deben tener un matasellos a más tardar el 18 de noviembre de 2020 para ser consideradas.

Las solicitudes DEBEN completarse en línea en www.Sunrisefl.gov/utilityrelief o enviadas por correo a la siguiente dirección. Las solicitudes no serán aceptadas en persona o en cualquier instalación de la ciudad.

Las solicitudes completadas, junto con copias de toda la documentación justificativa requerida, deben enviarse por correo a:

Programa de Alivio de Servicios Públicos de Sunrise Cares
1007 North Federal Highway #316
Fort Lauderdale, FL 33304-1422

Si proporciona una dirección de correo electrónico, se le enviará por correo electrónico una confirmación de recepción de su solicitud. Si no tiene una dirección de correo electrónico, recibirá una llamada telefónica confirmando la recepción de su solicitud.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, visite la sección de preguntas frecuentes en nuestro sitio web en <http://www.sunrisefl.gov/utilityrelief>.

Documentación requerida

Debe proporcionar copias de todo lo siguiente con su solicitud::

- A. **Copia de la licencia de conducir o ID que coincida con la dirección del servicio público Sunrise.** La documentación aceptable incluye:
 - a. Licencia de conducir actual de Florida con dirección coincidente
 - O
 - b. Tarjeta de identificación actual de Florida con dirección coincidente

- B. **Copia de una factura de servicios públicos que no sea De Sunrise, con nombre y dirección de servicio que coincida con la dirección del servicio público de Sunrise y con fecha 1 de marzo de 2020 o posterior.** La documentación aceptable incluye:
 - a. FPL Electric Bill
 - b. Comcast u otro proveedor de cables
 - c. Cualquier proveedor de Internet
 - d. Factura de teléfonos fijos

- C. **Prueba de residencia**
 - a. Si está alquilando la propiedad, debe proporcionar una copia de su contrato de arrendamiento actual indicando que el titular de la cuenta/ miembro del hogar es responsable de la factura de servicios públicos de agua y aguas residuales Sunrise. La documentación aceptable incluye:
 - i. Arrendamiento activo (con la sección pertinente señalada por el solicitante (resaltado/círculo/estrellado)
 - O
 - ii. Carta de aprobación de Mobile Home Park de fecha 2020
 - b. Si es propietario de la propiedad, debe proporcionar una prueba de la exención de Homestead en la propiedad, con el nombre y la dirección que

coincidan con la dirección del servicio público Sunrise. La documentación aceptable incluye:

- i. Aviso de TRIM o Ley de Impuestos sobre la Propiedad de 2019 o 2020
O
- ii. Carta o correo electrónico de la Oficina de Tasadores de La Propiedad del Condado de Broward indicando su aprobación para 2019 o 2020
- iii. Tenga en cuenta: Si el solicitante o miembro del hogar que demuestra pérdida de ingresos tiene una exención de Homestead para otra propiedad, entonces se denegará la solicitud.

D. Prueba de pérdida de ingresos

- a. Para verificar su pérdida de ingresos, debe proporcionar **uno** o más de los siguientes:
 - i. Estados de cuenta bancarios: La documentación debe mostrar **ingresos antes de la pérdida** y al **menos 8 semanas consecutivas** (al menos dos estados bancarios mensuales) de reducción/pérdida de ingresos después del 1 de marzo de 2020.
 - ii. Paystubs: La documentación debe **mostrar salario antes de la pérdida** y **salario reducido** (después del 1 de marzo de 2020) durante al menos 8 semanas consecutivas con una pérdida de al menos 30% del monto bruto.
 - iii. Asistencia por desempleo/ desempleo: La documentación debe mostrar la aprobación de la asistencia por **desempleo y de reempleo** durante **8 semanas consecutivas..**
 - iv. También tendrá la oportunidad de presentar documentación de apoyo adicional, pero esto no es necesario.

Por favor, recopile esta información y asegúrese de incluirla con su solicitud completa. Nota: por favor tachar / oscurecer cualquier información personal en sus documentos de apoyo (es decir, números de cuenta; número de licencia de conducir; etc.) antes de enviarlos por correo.

Programa de Alivio de Utilidades Sunrise Cares Aplicación

Nombre y Apellido del Titular de la cuenta de servicios públicos:

Número de cuenta de utilidad:

Dirección de correo electrónico del titular de la cuenta de utilidad:

Número de teléfono del titular de la cuenta de servicios públicos:

¿Qué servicio está solicitando (marque uno)?

Agua Agua y Aguas Residuales

Proporcione la dirección de los servicios de agua/agua potable:

¿Posee o alquila la propiedad en la que reside?

Alquiler Propio

¿Quién en su hogar califica para recibir esta financiación de socorro?

Titular de la cuenta de servicios
hogar

públicos Otro miembro adulto del

Si el otro miembro adulto del hogar es el que experimentó la pérdida de ingresos, por favor enumere el nombre, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono de esta persona. De lo contrario, omita esta pregunta.

Nombre y Apellido:

Dirección de correo electrónico:

Número de teléfono:

¿Cuál era el nombre oficial de su(s) empleador(es)?

Proporcione sus ingresos mensuales para cada uno de los meses enumerados a continuación. Si no se recibió ningún ingreso para el mes, por favor enumere como 0 (Nota: debe haber recibido ingresos para el mes de febrero para poder aplicar.)

Febrero:

Marzo:

Abril:

Mayo:

Junio:

Julio:

Agosto:

Septiembre:

Declaraciones de Certificación y Firma

Por favor, lea cada declaración a continuación y compruebe que está de acuerdo:

- Certifico que el Titular de la Cuenta/Otro Miembro adulto del hogar no ha recibido un subsidio o pago de ningún otro programa local, estatal o federal hacia las facturas de agua o servicios públicos de aguas residuales en 2020.
- Certifico que la propiedad asociada con la cuenta de servicios públicos no se utiliza como propiedad de inversión para el titular de la cuenta o miembro del hogar.
- Entiendo que esta aplicación y toda la documentación de apoyo está sujeta a registro público.
- Certifico que la información presentada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Además, entiendo que cualquier declaración falsa puede resultar en la denegación o mi crédito del programa aprobado puede ser revocado.

Escriba y firme su nombre a continuación:

Nombre escrito:

Compañía:

Fecha:

Información adicional de Aplicante

¿En qué tipo de propiedad vive actualmente (marque uno)?

- | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vivienda unifamiliar | <input type="checkbox"/> Townhouse |
| <input type="checkbox"/> Apartamento | <input type="checkbox"/> Casa multifamiliar / Dúplex |
| <input type="checkbox"/> Condominio | <input type="checkbox"/> casa rodante |

Soporte de edad (marque uno):

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18-24 años | <input type="checkbox"/> 56-64 años |
| <input type="checkbox"/> 25-34 años | <input type="checkbox"/> 65-74 años |
| <input type="checkbox"/> 35-44 años | <input type="checkbox"/> 75 años o más |
| <input type="checkbox"/> 45-55 años | <input type="checkbox"/> Prefiere no responder |

Estado civil (marque uno):

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Divorciado |
| <input type="checkbox"/> soltero | <input type="checkbox"/> Prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> Viuda | |

Identidad de Género (marque una):

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> masculino | <input type="checkbox"/> Prefiere no responder |

Raza (marque todas las que correspondan):

- | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Multirracial |
| <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Prefiere no responder |

Etnicidad (marque una):

- Latino hispano
- No hispanos
- Prefiere no responder

****Incluya copias de toda la documentación de apoyo requerida junto con su solicitud****