

## JFS Aplicación Para Ayuda Financiera En El Programa De Emergencia (EFAP)

La asistencia directa de emergencia financiera permite a JFS asistir a personas y sus familiares en el Lehigh Valley con ayuda de fondos limitados para cubrir lo siguiente:

- Gastos inesperados o emergencias que una persona no pudiera cubrir dentro de un periodo corto de tiempo.
- Los gastos mensuales.
- **Esta asistencia está disponible solamente por una vez**

*Las deudas de los impuestos, ayuda de pago para hijos, multas de tráfico, sobre giros de cuentas bancarias, deudas de tarjetas de crédito, préstamos y gastos de bancarrota no se incluyen en esta ayuda.*

**Por favor complete y responda todas las preguntas de la aplicación . No hay garantía que JFS pueda ayudar a todos ya que los fondos son limitados. Si es aprobado usted deberá presentar documentación necesaria como la prueba de ingresos, copia del formulario de su renta , copias de las cuentas que debe y también el permiso para que nosotros verifiquemos si fuera necesario.**

Si tuviera cualquier pregunta por favor envíe un correo electrónico a Rebecca Axelrod-Cooper, LSW, al [racoper@JFSLV.org](mailto:racoper@JFSLV.org)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

¿Cual es su idioma preferido? \_\_\_\_\_

Esta ayuda es a causa del COVID-19? (si contesta en forma negativa no hace diferencia para ser elegible con la asistencia) Si  No

**Casa**

¿Cuántos adultos menores de 60 años viven en la casa? \_\_\_\_\_

¿Cuántos adultos mayores de 60 años viven en la casa? \_\_\_\_\_

¿Cuántos niños menores de 18 viven en la casa? \_\_\_\_\_

¿A perdido su trabajo por culpa del COVID-19? Si  No

¿Si lo perdió , donde trabajaba? \_\_\_\_\_

¿Si lo perdió, hay alguna posibilidad que lo vuelvan a contratar?

Si  No  No esta seguro

¿Está recibiendo, aplicó o es elegible para recibir el desempleo? Si  No

¿Recibió el cheque del estímulo? Si  No

¿Con que grupo de Fe o espiritual se identifica? \_\_\_\_\_

(Esto no tendrá impacto para la ayuda)

¿Buscó asistencia en otras fuentes como la familia, amistades, y otras agencias de servicio social? Si  No

**FUENTE DE INGRESO (mensual)**

	<b>Antes del COVID</b>	<b>Actual</b>
<b>Ingreso</b>		
<b>Empleo</b>		
<b>Seguro Social por Invalidez (SSDI)</b>		
<b>Seguro Social Suplementario (SSI)</b>		
<b>Asistencia Temporaria A Familias Necesitadas (TANF)</b>		
<b>Programa de Asistencia De Nutrición</b>		

<b>Suplementaria (SNAP)</b>		
<b>Vivienda De Sección 8</b>		
<b>Otro Ingreso Mensual</b>		
<b>Total</b>		

**Gastos Mensuales**

<b>Alquiler/Hipoteca</b>		
<b>Comida</b>		
<b>Gas</b>		
<b>Electricidad</b>		
<b>Agua</b>		
<b>Impuestos</b>		
<b>Pago del Carro</b>		
<b>Seguro del Carro</b>		
<b>Gasolina para el Carro</b>		
<b>Seguro de Alquiler</b>		
<b>Celular</b>		
<b>Internet</b>		
<b>Cable</b>		
<b>Seguro de Salud</b>		
<b>Cuentas Médicas</b>		
<b>Remedios</b>		
<b>Cuidado de niños</b>		
<b>Artículos para el Hogar</b>		

<b>Tarjetas de Crédito</b>		
<b>Préstamos</b>		
<b>Total</b>		

<b>Cuentas que debe</b>	<b>Cuantos meses está atrasado</b>	<b>Total</b>	

¿Tiene un aviso de evicción? Si  No

¿Tiene un pago vencido/ o corte de servicio? Si  No

**COVERTURA MEDICA**

Medicare Si  No

Medicaid Si  No

Seguro Privado Si  No

**¿Explicación adicional de necesidad/solicitud?**

Por favor envíe por correo el formulario completo a  
 Jewish Family Center of the Lehigh Valley  
 Attention Rebecca Axelrod-Cooper, LSW  
 2004 West Allen St.  
 Allentown, PA 18104

O puede enviarlo por email a [racooper@jfslv.org](mailto:racooper@jfslv.org)