



ELEGIBILIDAD Y SOLICITUD PARA EL MIEMBRO

(Para ser completado por el solicitante y verificado por el representante del sindicato)

Sección 1: Información del Solicitante

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección domiciliaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

1. ¿El miembro vive o trabaja en Rhode Island? ☐ Sí ☐ No
2. Raza/Etnicidad (seleccione todas las que correspondan): ☐ Negra o Afroamericana ☐
☐ Hispana/Latina ☐ Blanca ☐ Asiática ☐ Nativa Americana ☐ Medio Oriente/Norte de África
3. ☐ Multirracial ☐ Birracial ☐ Otra ☐ Prefiero no responder
4. Identidad de Género: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Prefiero no responder
5. Idioma Preferido: ☐ Árabe ☐ Inglés ☐ Español ☐ Portugués ☐ Criollo ☐ Coreano ☐ Otro:

6. Idioma principal hablado en el hogar: _____

7. Estado civil: ☐ Casado(a)/Unión doméstica ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Prefiero no responder

8. Estado militar: ☐ Sí ☐ No ☐ Veterano

Sección 2: Información del hogar

9. Tamaño del hogar (incluyendo al solicitante):

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5+

10. Número de niños **menores** de 18 años (que no hayan cumplido los 18 años):

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5+

Sección 3: Ingresos del hogar (Elegibilidad: 80% del ingreso medio de RI)

Por favor indique el ingreso bruto total del hogar:

11. Monto del ingreso: \$_____ Frecuencia: ☐ Mensual ☐ Anual

12. Ingresos mensuales de su hogar: Elija el intervalo que incluya el ingreso bruto total de su hogar.

- ☐ Menos de \$2,000/mes
☐ \$2,000 – \$4,500/mes
☐ \$4,500 – \$6,500/mes
☐ \$6,500 – \$9,000/mes
☐ Más de \$9,000/mes
☐ Prefiero no responder
-

Sección 4: Verificación de membresía sindical

13. Nombre del sindicato: _____ 14. Número de local: _____

15. Fecha en que comenzó la membresía: _____

16. ¿El solicitante ha sido mantenido su membresía en regla por al menos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

Nombre y cargo del representante sindical: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Sección 5: Evento calificador y dificultad económica

17. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?

- ☐ Sin hogar o en riesgo de desalojo
- ☐ La renta/hipoteca actual es inasequible (más del 30% del ingreso), o vive en vivienda transicional, temporal o en condiciones deficientes
- ☐ Vivienda estable, pero sólo marginalmente adecuada
- ☐ Vivienda segura y adecuada subsidiada
- ☐ Vivienda segura y adecuada no subsidiada

18. ¿Cuál es su situación actual de ingresos?

- ☐ Sin ingresos; no cubrimos los gastos básicos
- ☐ Ingresos insuficientes y/o dificultad para manejar gastos
- ☐ Podemos cubrir gastos básicos con subsidios y/o asistencia financiera
- ☐ Ingresos suficientes para manejar gastos y deudas, pero aún con preocupaciones financieras
- ☐ Ingresos suficientes y estables; bien administrados y con ahorros

19. Marque cualquier interrupción que sea relevante (seleccione todas las que correspondan):

- ☐ Reducción de horas de trabajo o pérdida de salario
- ☐ Despido, huelga o paro laboral
- ☐ Enfermedad o lesión grave (propia o de un miembro del hogar)
- ☐ Fallecimiento de un familiar inmediato
- ☐ Pérdida de vivienda, desastre o condiciones inseguras
- ☐ Responsabilidades de cuidado que afectan los ingresos
- ☐ Otra dificultad inesperada (describa): _____

Riesgo inmediato (Próximos 30 días)

20. ¿A qué eventos desestabilizadores está actualmente en riesgo si no obtiene asistencia?
(Seleccione todos los que correspondan)

- ☐ Corte de servicios públicos
- ☐ Desalojo o ejecución hipotecaria
- ☐ Ingreso a un refugio
- ☐ Pérdida de empleo debido a transporte, salud o responsabilidades de cuidado
- ☐ Inseguridad alimentaria
- ☐ Cuidado infantil
- ☐ No poder cubrir necesidades básicas
- ☐ Otro (describa): _____

Sección 6: Asistencia Solicitada

21. ¿Para qué gastos está solicitando asistencia? (Seleccione todos los que correspondan)

- ☐ Renta o hipoteca
- ☐ Servicios públicos
- ☐ Gastos médicos
- ☐ Transporte
- ☐ Alimentos o artículos esenciales del hogar
- ☐ Cuidado infantil o costos de cuidado
- ☐ Otro: _____

22. Monto estimado solicitado: \$_____

Sección 7: Beneficios y navegación de recursos

23. ¿Está actualmente esperando que comiencen otros beneficios o asistencia financiera?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro(a)

Si respondió sí, ¿qué beneficios? (Seleccione todos los que correspondan):

- ☐ Seguro de desempleo
- ☐ SNAP (asistencia alimentaria)
- ☐ Seguro por Incapacidad Temporal (TDI)
- ☐ Compensación al trabajador
- ☐ Licencia pagada o beneficios del empleador



- ☐ Fondos sindicales por huelga o dificultad económica
- ☐ Otro (describa): _____

24. ¿Es este fondo la única asistencia financiera de emergencia disponible para usted?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder

Sección 8: Necesidades de Apoyo Adicional

25. Indique las áreas donde el apoyo adicional podría ayudar a fortalecer su estabilidad (seleccione todas las que correspondan):

- ☐ Empleo o apoyo de ingresos
- ☐ Estabilidad de vivienda
- ☐ Asistencia de servicios públicos o energía
- ☐ Atención médica o seguro
- ☐ Asistencia alimentaria
- ☐ Cuidado infantil o apoyo de cuidado
- ☐ Asesoría financiera o presupuesto
- ☐ Asistencia legal
- ☐ Ninguna en este momento
- ☐ Otro: _____

26. ¿Está interesado(a) en trabajar con nosotros para abordar alguna de las áreas seleccionadas?

- ☐ Sí, por favor contácteme
- ☐ Tal vez / Me gustaría más información
- ☐ No, no en este momento

Sección 9: Auto-certificación y reconocimiento

Certifico que la información proporcionada es verdadera y precisa.

Entiendo que este es un subsidio único por año calendario y sujeto a fondos disponibles.

Entiendo que un miembro del equipo GNLF hará un seguimiento en 30 y 60 días para ver cómo estoy. Aunque es opcional, se recomienda esta llamada.



Nombre del solicitante (en letra de molde): _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Representante sindical 1: _____ Fecha: _____ Representante

sindical 2: _____ Fecha: _____

----- PARA USO INTERNO -----

Verificación del representante sindical

¿El miembro llenó un formulario de auto-certificación? ☐ Sí ☐ No

¿El miembro vive o trabaja en RI? ☐ Sí ☐ No

¿El miembro cumple con los requisitos de ingresos? ☐ Sí ☐ No

¿Verificó la factura o documento de dificultad financiera? ☐ Sí ☐ No

¿El proveedor completó un W-9? ☐ Sí ☐ No

¿Se instruyó al miembro que debe llamar al 211 para programar una cita y entregar el paquete completo? ☐ Sí ☐ No