



FORMULARIO DE AUTOCERTIFICACIÓN DE DIFICULTAD FINANCIERA

Reconocemos que situaciones inesperadas pueden generar estrés financiero para individuos y familias. Esta autocertificación le permite describir su dificultad actual sin requerir documentación extensa. Su información se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad para recibir asistencia. *(Su experiencia es importante. Este formulario le permite compartir lo que está viviendo con sus propias palabras.)*

Información del solicitante

Nombre completo: _____

Unión: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

_____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dificultad financiera actual

Marque todas las situaciones relevantes. Puede seleccionar más de una.

- ☐ Reducción de horas de trabajo o pérdida de ingresos
- ☐ Despido, huelga o interrupción laboral
- ☐ Enfermedad grave o lesión (propia o de un miembro del hogar)
- ☐ Fallecimiento de un familiar inmediato
- ☐ Pérdida de vivienda, desastre o condiciones inseguras de vivienda
- ☐ Responsabilidades de cuidado que afectan el ingreso
- ☐ Otra dificultad inesperada (describa a continuación)



Su historia *(opcional pero útil)*

En sus propias palabras, comparta lo que ha sucedido y cómo le está afectando a usted o a su hogar. Puede incluir cuánto tiempo lleva esta situación y qué tipo de apoyo ayudaría a estabilizar su situación.

Necesidades inmediatas

¿Qué gastos le están generando mayor presión en este momento? (Marque 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: _____

Declaración de responsabilidad de facturación

Por la presente certifico que la factura para la cual solicito asistencia por dificultad financiera está a nombre de:

Nombre en la factura: _____

Asimismo, certifico que la dirección del servicio asociada con esta factura coincide con mi dirección residencial actual registrada.

Reconozco y afirmo que soy financieramente responsable del pago de esta factura, sin importar el nombre bajo el cual esté registrada la cuenta.



Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en la negación de asistencia o la terminación de beneficios.

Declaración de autocertificación

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa según mi mejor conocimiento. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para asistencia de emergencia y se mantendrá confidencial.

Nombre del solicitante (en letra de molde): _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Representante del sindicato 1: _____ Fecha: _____

Representante del sindicato 2: _____ Fecha: _____