

Prueba B

**CIUDAD DE CENTRALIA
APLICACIÓN DEL PROGRAMA COVID-19 CARES SCRIP**

Esta aplicación es para el Programa de la Ciudad de Centralia CARES Scrip. Esta moneda alternativa se puede utilizar en los negocios participantes dentro de Centralia. El solicitante debe demostrar que es residente de Centralia proporcionando un número de cuenta de utilidad u otra documentación razonable si no figura en la cuenta de la utilidad. El solicitante debe proporcionar documentación razonable que pruebe ingresos. Si se aprueba, el solicitante tiene derecho a una emisión única de hasta \$250 dependiendo del nivel de ingresos y el número de personas en la casa. Al aceptar este scrip, el solicitante se compromete a cumplir con los términos y condiciones del programa. El solicitante reconoce que la información de solicitud limitada puede estar sujeta a la Ley de Registros Públicos de Washington, RCW 42.56 y debe tenerse en cuenta al decidir si se solicita esta asistencia. La ciudad interrumpirá este programa el 9/30/2020 o cuando se agoten los fondos.

PERSONAS EN EL HOGAR	1	2	3	4+
INGRESOS MENORES O IGUALES A (150%) DE LAS DIRECTRICES FEDERALES DE POBREZA	\$1,595	\$2,155	\$2,715	\$3,275
CANTIDAD SCRIP OTORGADA	\$100	\$150	\$200	\$250

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de cuenta de la utilidad: _____

Ingresos actuales: _____

Número de miembros en el hogar: _____

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto proporcionar los documentos mencionados anteriormente a la ciudad de Centralia. Entiendo que el scrip será otorgado de acuerdo con el horario anterior y es para su uso dentro de la ciudad de Centralia.

Firma

Fecha

Devolución de formularios de solicitud completados y documentación a Centralia CARES Scrip, PO BOX 609, Centralia, WA 98531 o puede ser dejado en el piso segundo.

Uso de la oficina solamente

Verified City Resident _____

Verified income/senior program _____

Application Approved (Y/N) _____

Scrip Numbers issued _____

Date Application Approved _____