

EMERGENCY ASSISTANCE APPLICATION PACKET

DUPAGE TOWNSHIP GENERAL ASSISTANCE OFFICE

241 Canterbury Lane
Bolingbrook, IL 60440

Phone: (630) 759-1317
Fax: (630) 759-3412

Here is how to apply for Emergency Assistance from DuPage Township. Please note that only a certain amount can be given for assistance. Emergency Assistance can only be utilized once during a 12-month period. Here are the steps to start the process. **Please be sure to read everything that is being asked.**

STEP 1: Complete the attached application. Please be sure to fill out as much as you can.

STEP 2: Be sure to gather the following required documents:

- Photo ID for **just the applicant**
- Social security cards for the applicant and everyone else in the household
- Proof of all household income for the last 30 days
- Recent bank statement(s) from the last 30 days (*including from apps such as Cash App, Apply Pay, Chime, etc.*)
- Current lease, HAP agreement from Section 8 or mortgage statement
- Proof of any IDHS benefits such as SNAP or Medicaid (either a recent "Notice of Decision" or "Proof of Receipt of Program Benefits")
- Completed "Zero Income Affidavit" for those in the household over the age of 18 with no income (last page of the application)
- Anyone over the age of 18 and not in High School with no income will need to provide proof of no income from either IDHS (UI Finding Letter) or IDHS (most recent redetermination letter)
- **Proof/documentation of financial hardship, for example: proof of the last day of work, proof of reduction in hours at work, unexpected expenses, etc.**
- *If requesting rental assistance*, you must have a 5-day, 30-day or eviction notice (**NOT A PAST DUE NOTICE**)
- *If requesting utility assistance*, you must have a red shut-off/disconnection notice (**NOT JUST A PAST DUE BILL**)
- *If requesting car repair assistance*, you must be employed or seeking employment **AND** must have a repair estimate along with proof of registration and insurance for the vehicle

STEP 3: Make an appointment to submit the application and supporting documentation.

For an appointment, go online to: <https://tinyurl.com/GAEAmeeeting> or call the township office at 630-759-1317. **YOU MUST MAKE AN APPOINTMENT OR YOUR APPLICATION WILL NOT BE COMPLETE.**

Dropping off or e-mailing documentation without an appointment may result in a delay or denial of assistance. By law, a determination must be made within 30 days of submitting an application.

For more information, contact:

Vicente Fernandez, General Assistance Administrator
630-759-1317 ext. 203, GA@dupagetownship.com

INSTRUCCIONES EN ESPAÑOL EN LA 2ª PÁGINA



PAQUETE DE SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIA

OFICINA DE ASISTENCIA GENERAL DE DUPAGE TOWNSHIP

241 Canterbury Lane
Bolingbrook, IL 60440

Phone: (630) 759-1317
Fax: (630) 759-3412

Esta es el proceso para empezar un solicitud para Asistencia de Emergencia de DuPage Township. Tenga en cuenta que una cierta cantidad de ayuda está disponible. Solamente puede utilizar Asistencia de Emergencia una vez durante un periodo de 12 meses. Esta es lo que tiene que hacer para empezar el proceso. **Por favor, lea todas las formas.**

PASO 1: Cumple el formulario adjuntado. Por favor, llena este formulario lo mejor posible.

PASO 2: Recoja los siguientes documentos requeridos:

- Identificación del **solicitante**
- Tarjetas de seguro social del solicitante y de todos en el domicilio
- Arrendamiento de alquiler o declaración de hipoteca
- Todos los ingresos del hogar durante los últimos 30 días
- Un estado de cuentas durante los últimos 30 días (*incluyendo aplicaciones como Cash App, Chime, Apple Pay, etc.*)
- **Si** está recibiendo algún beneficio de IDHS como SNAP o Medicaid, la última Notificación de Decisión.
- Cualquier persona mayor de 18 años, que no esté en la escuela secundaria y no tiene ingresos deberá presentar prueba de no tener ingresos del IDHS (carta de determinación del UI) o del IDHS
- **Prueba de dificultades económicas, por ejemplo: prueba del último día de trabajo, prueba de reducción de horas de trabajo, gastos inesperados, etc.**
- *Si solicita asistencia para la renta*, debe tener un aviso de desalojo de 5 días (**NO SOLAMENTE UN AVISO ATRASADO**)
- *Si solicita asistencia para los servicios públicos*, debe tener un aviso de desconexión (**NO SOLAMENTE UN FACTURA ATRASADO**)
- *Si solicita asistencia para reparación de auto*, debe estar trabajando o buscando trabajo **Y** tener un presupuesto de reparación y comprobante de registración del carro y seguro del carro.

PASO 3: Haga una cita para entregar la solicitud y documentación.

Puede ir en línea a: <https://tinyurl.com/GAEAMeeting> o llamar a la oficina de Asistencia General de DuPage Township para una cita. **TIENE QUE HACER UNA CITA O SU SOLICITUD SERÍA INCOMPLETO.** Dejando o mandando por e-mail la documentación sin haciendo una cita puede resultar en una negación de asistencia. Bajo la ley, debemos tomar una determinación en 30 días sobre una solicitud para ayuda.

Para más información:

Vicente Fernandez, Administrador de Asistencia General
630-759-1317 ext. 203, GA@dupagetownship.com

APPLICATION FOR GENERAL ASSISTANCE

Township:
 Municipio: DuPage
 County:
 Condado: Will

OFFICE USE
Date Returned: _____

ADDRESS INFORMATION INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Complete Address: _____ Date Moved In: _____
 Dirección Completo: _____ Fecha de Mudanza: _____

Living Arrangement: Rent Own
 Arreglo de Vivienda: Alquilando Poseyendo

If rent, Landlord's Name: _____ Landlord's Address: _____
 Si está alquilando, nombre del Dirección del propietario: _____

Previous Three Addresses (including city and state): _____ **Sus Tres Direcciones Anteriores (Incluye Ciudad y Estado):** _____

Address 1: _____ Date Moved In: _____
 Dirección 1: _____ Fecha de Mudanza: _____

Address 2: _____ Date Moved In: _____
 Dirección: _____ Fecha de Mudanza: _____

Address 3: _____ Date Moved In: _____
 Dirección 3: _____ Fecha de Mudanza: _____

CONTACT INFORMATION INFORMACIÓN DEL DOMICILIO

Full Name: _____ Social Security Number: _____
 Nombre Completo: _____ Número de Seguro Social: _____

Date of Birth: _____ Birthplace: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Phone: _____ Email: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

MARITAL STATUS ESTADO CIVIL

Married Single Widowed Divorced Separated Deserted
 Casado Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a Abandonado/a

Is there a court order for child support? Yes No
 ¿Hay una orden judicial para la manutención de los hijos? Si No

ASSISTANCE UNIT MEMBERS MIEMBROS DEL DOMICILIO

Name			Date of Birth			Birthplace		Relationship	Social Security Number
First	Middle	Last	Month	Day	Year	City	State		
<i>Primero</i>	<i>Medio</i>	<i>Apellido</i>	<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Relación</i>	<i>Número de Seguro Social</i>

MILITARY INFORMATION INFORMACIÓN DE SERVICIO MILITAR

Military Service: Does any member of your family have current or previous military service?

Servicio Militar: ¿Hay alguien en su familia que tiene servicio militar actual o previo?

 Yes
Si No
No

If "Yes," who has current or previous military service?

¿En caso afirmativo, quien tiene servicio militar actual o previo? _____

EARNED INCOME INFORMATION INFORMACIÓN DE INGRESOS NO GANADOS

Person Receiving <i>Persona Recibiendo</i>	Employer's Name <i>Nombre del Empleador</i>	Monthly Wage <i>Salario Mensual</i>
		\$
		\$
		\$

UNEARNED INCOME INFORMATION INFORMACIÓN DE INGRESOS NO GANADOS

Person Receiving <i>Persona Recibiendo</i>	Source (Social Security, unemployment, etc.) <i>Fuente de Beneficio (Seguro Social, desempleo, etc.)</i>	Monthly Amount <i>Cantidad Mensual</i>
		\$
		\$

ASSET INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

Person Receiving <i>Persona Recibiendo</i>	Source (bank accounts, personal property, real estate, etc.) <i>Fuente de Efectivo (cuentas bancarias, propiedades, etc.)</i>	Amount <i>Cantidad</i>
		\$
		\$

VEHICLES OWNED BY ANY FAMILY MEMBER VEHÍCULOS DE CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA

Owner <i>Dueño/a</i>	Year <i>Año</i>	Make <i>Marca</i>	Model <i>Modelo</i>	Date Purchased <i>Fecha de Compra</i>	License Plate Number <i>Número de Placa</i>	Present Sale Value <i>Valor de Venta Actual</i>
						\$
						\$

PUBLIC ASSISTANCE AND RELATED PUBLIC BENEFITS ASISTENCIA PÚBLICA Y OTROS BENEFICIOS PÚBLICOS

Person Receiving <i>Persona Recibiendo</i>	Source (SNAP, TANF, AABD, etc.) <i>Fuente de Beneficio (SNAP, TANF, AABD, etc.)</i>	Monthly Amount <i>Cantidad Mensual</i>
		\$
		\$

MEDICAL INSURANCE BENEFIT INFORMATION SEGURO MÉDICO

Name of Company <i>Nombre de la Compania</i>	Type of Coverage <i>Tipo de Cobertura</i>	Annual Premium <i>Prima Anual</i>

I understand that if I want someone else to apply for General Assistance for me, and I am mentally and physically able to apply, I must provide a written statement that gives the person permission to apply on my behalf. The statement must include the full name, address and telephone number of the person applying for me. The statement must say that I am still responsible for the information that the person applying for me gives to the local General Assistance office. The statement must also say that I am liable for repaying benefits that were received due to incorrect or incomplete information provided by an approved representative.

This application must be signed by the applicant, however, if the person is too ill, or otherwise mentally or physically unable to complete an application, this application may be filed by the spouse, parent, child, adult sibling, or other relative. If there are no relatives this application may be signed by any other person able to furnish necessary information with reasonable competence. I have read this application for General Assistance and declare under penalties of perjury that, to the best of my knowledge and belief, the information supplied in this application and all accompanying statements is true and correct, and that it is a complete statement of all income, assets, or resources belonging to me or to any member of my immediate family.

I agree to notify the Supervisor of General Assistance of any change whatsoever in need, or in the resources listed herein, or any new or additional income or resources. Further, I hereby authorize any person, bank, firm, corporation, transfer agent, agency, institution or the Department of Human Services to furnish the Supervisor of General Assistance whatever information that may be requested relative to accounts, deposits, investments, securities, Railroad System Disability Income benefits, or business of any kind whatsoever.

Yo entiendo que si quiero alguien diferente hacer la solicitud para Asistencia General de parte de mi y soy dispuesto mentalmente y físicamente y tengo que proveer una declaración escrita dando permiso a la persona solicitando para mí. La declaración tiene que decir que estoy responsable para la información que la persona solicitando para mí, da a la oficina de Asistencia General. La declaración también tiene que decir que estoy responsable en pagando por beneficios que he recibido por parte de información incorrecto o incompleto de mi representante.

Esta solicitud tiene que ser firmado del solicitante, sin embargo, si la persona está muy débil o mentalmente o físicamente indisponible a cumplir una solicitud, esta solicitud puede ser completo de parte de un esposo/a, padre, hijo/a, hermano/a adulto u otro pariente. Si no hay parientes esta solicitud puede ser firmado por otra persona disponible a dar información necesaria con competencia razonable. Yo he leído esta solicitud para Asistencia General y declaro, bajo penales de perjurio que, según entiendo y creencia, la información en esta solicitud y todas las declaraciones son ciertos y correctos y es una declaración completa de todo los ingresos, activos o recursos perteneciendo a mi o cualquier miembro de mi familia.

Yo estoy de acuerdo a notificar al Supervisor de Asistencia General de cualquier cambio en necesidad o en los recursos nombrado o ingresos o recursos adicionales o nuevos. Además, yo doy la autoridad a cualquier persona, banco, empresa, corporación, agente de transferencia, agencia, institución o el Departamento de Servicios Humano a dar el Supervisor de Asistencia General Cualquier información que puede ser pedido sobre cuentas, depósitos, inversiones, seguridades, beneficios de ingreso por discapacidad del sistema ferroviario o de cualquier negocio.

Applicant Signature:
Firma del Solicitante:

Date:
Fecha:

EMERGENCY ASSISTANCE QUESTIONS

What type of assistance are you requesting? *Qué tipo de ayuda está pidiendo?*

- Rent *Renta* Nicor and/or ComEd *y/o* Water Bill Assistance *Fractura del Agua* Car Repair *Reparación del Carro*

Are you or any in your household, receiving Supplemental Security Income (SSI) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF)?
Usted o alguien en su domicilio recibiendo Seguridad de Ingresos Suplementario (SSI) o Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?

- Yes *Si* No *No*

How much is your monthly rent/mortgage? *Que tanto es su renta o hipoteca mensual?*

\$ _____

How much total rent do you currently owe (do not include future rent)?

Que tanto debe en su renta en este momento? (no incluye future renta)?

\$ _____

Approximately, how much do you owe in utilities? *Aproximadamente, que tanto debe en sus utilidades?*

Nicor: \$ _____

ComEd: \$ _____

Water:

Agua: \$ _____

Have you applied for LIHEAP during this current program year?

¿Ha solicitado por el programa de LIHEAP durante el año de ese programa?

- Yes *Si* No *No*

Is there anyone in the household (including yourself), over the age of 18, unemployed and have no income?

Si hay alguien en su familia (incluyendo usted), mayor de 18 años, desempleado y no tiene ningun ingreso?

- Yes *Si* No *No*

Do you have a bank account (this includes apps such as Cash App, Chime, Apply Pay, etc.)?

Tiene una cuenta bancaria? (también incluye aplicaciones como Cash App, Chime, Apply Pay, etc.)?

- Yes *Si* No *No*

What occurred that caused the financial emergency? (Please be brief but specific)

Que ocurrió que causó la emergencia financiera? (Por favor sea breve pero específico)

If you receive assistance, how will you be able to continue meeting your financial needs?

Si usted recibe asistencia, como va continuar cumpliendo sus necesidades financieras?

I understand that if I have any questions or concerns about this application, it is my responsibility to discuss this with the General Assistance Office and by signing below I acknowledge that I have provided information to the best of my knowledge.

Yo entiendo que si yo tengo cualquier preguntas o inquietudes sobre esta solicitud, es mi responsabilidad de discutir con la Oficina de Asistencia General y mi firma indica que he proporcionado la información a mi leal saber.

Applicant Signature:

Firma del Solicitante: _____

Date:

Fecha: _____

Zero Income Affidavit *Declaración Jurada de No Ingresos*

This form is to be filled out by the head of household for the member(s) of the household, over the age of 18, are not in high school and have had no income in the last 30 days.

Este formulario debe ser completado por el solicitante por aquellos miembros del domicilio, mayor de 18 años y que no han tenido ingresos por los últimos 30 días.

Applicant:

Solicitante: _____

Adult Household Member(s) with No Income: _____

Meimbro(s) adultos del domicilio sin ingresos: _____

Those household members listed must show proof of no income from either the Illinois Department of Employment Security (IDES) via the UI Finding letter or through the Illinois Department of Human Services via the most recent determination letter.

Los miembros del domicilio enumerados deben mostrar prueba que no tienen ingresos del Departamento de Seguridad del Empleo de Illinois (IDES) a través del "UI Finding Letter" o del Departamento de Servicios Humanos de Illinois a través de la carta de determinación más reciente.

I hereby certify that the above adult member(s) of my household did not individually receive income for the last 30 days from any of the following sources:

Yo juro que los miembros adultos de mi domicilio mencionados no han recibido ingresos individualmente durante los últimos 30 días de ninguna de las siguientes fuentes:

- Wages from employment (including commissions, tips, bonuses, fees, etc.).
- Income from operation of a business.
- Rental income from real or personal property.
- Interest or dividends from assets.
- Social Security payments, annuities, insurance policies, retirement funds, pensions, or death benefits.
- Unemployment or disability payments.
- Public assistance payments.
- Periodic allowances such as alimony, child support, or gifts received from persons living in my household.
- Sales from self-employed resources (Avon, Uber, DoorDash, etc.)
- Any other source not named above.
- *Salarios del empleo (incluyendo comisiones, propinas, bonos, etc.).*
- *Ingresos de la operación de un negocio.*
- *Ingresos alquiler.*
- *Intereses o dividendos de activos.*
- *Pagos de Seguro Social, anualidades, pólizas de Seguro, fondos de jubilación o pension.*
- *Pagos por desempleo o incapacidad.*
- *Pagos de asistencia pública.*
- *Asignaciones periódicas como pension alimenticia, manutención de los hijos o regalos para personas viviendo en mi domicilio.*
- *Ventas de recursos autónomos (Avon, Uber, DoorDash, etc.)*
- *Otros recursos no mencionados*

Under penalty of perjury, I certify that the information presented in this certification is true and accurate to the best of my knowledge. False, misleading, or incomplete information may result in the denial of my application for assistance.

Bajo pena de perjurio, juro que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa a mi leal saber. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en el rechazo de mi solicitud de asistencia.

Applicant Signature:

Firma del Solicitante: _____

Date:

Fecha: _____