

# EMERGENCY ASSISTANCE APPLICATION PACKET

## DUPAGE TOWNSHIP GENERAL ASSISTANCE OFFICE

241 Canterbury Lane  
Bolingbrook, IL 60440

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

---

Emergency Assistance is a financial assistance program for township residents who meet the income guidelines and have a "life threatening" circumstance such as utility disconnection or eviction notice. Emergency Assistance can only be utilized once during a 12-month period. **Please be sure to read everything that is being asked.**

### STEPS TO APPLY

1. Complete the application forms.
2. Be sure to gather the following required documents:
  - Applicant photo ID
  - Social security cards (all household members)
  - Proof of all household income and bank statements (including app-based accounts) for the last 30 days
  - Current lease, Section 8 HAP agreement or mortgage statement
  - Proof of any IDHS benefits (SNAP/Medicaid- either a recent "Notice of Decision" or "Proof of Receipt of Program Benefits")
  - Completed "Zero Income Affidavit" **only** 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 (job loss, reduced hours, unexpected expenses)**
  - *If requesting rental assistance*, you must have a 5-day, 30-day or eviction notice
  - *If requesting utility assistance*, you must have a red shut-off/disconnection notice
  - *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
3. Make an appointment to submit the application and supporting documentation.
  - Online: [tinyurl.com/GAEAmeeing](https://tinyurl.com/GAEAmeeing)
  - Phone: 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.

For more information, contact:  
Vicente Fernandez, General Assistance Administrator  
630-759-1317 ext. 203, [GA@dupagetownship.com](mailto: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. **Por favor, lea todas las formas.**

### EL PROCESO PARA HACER UN SOLICITUD

1. Completar los formularios de solicitud
2. Recoja los siguientes documentos requeridos:
  - Identificación del **solicitante**
  - Tarjetas de seguro social de todos en el domicilio (o ITIN o matrícula consular)
  - Arrendamiento de alquiler o declaración de hipoteca
  - Todos los ingresos del hogar y estado de cuentas (incluyendo cuentas en aplicaciones) durante los últimos 30 días
  - Comprobante de beneficios de IDHS (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 (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
  - *Si solicita asistencia para los servicios públicos*, debe tener un aviso de desconexión
  - *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.
3. Haga una cita para entregar la solicitud y documentación.
  - En línea: [tinyurl.com/GAEAmeeeting](http://tinyurl.com/GAEAmeeeting)
  - Teléfono: 630-759-1317

**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.

Para más información:

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

# APPLICATION FOR GENERAL ASSISTANCE

Township: DuPage  
 Municipio: DuPage  
 County: Will  
 Condado: Will

**OFFICE USE**

Date Returned: \_\_\_\_\_

**ADDRESS INFORMATION INFORMACIÓN DEL DOMICILIO**

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 Dirección del propietario: \_\_\_\_\_  
 del propietario: \_\_\_\_\_

**CONTACT INFORMATION INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

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 Nombre			Date of Birth Fecha de Nacimiento			Birthplace Lugar de Nacimiento		Relationship Relación	Social Security Number Número de Seguro Social
First Primero	Middle Medio	Last Apellido	Month Mes	Day Día	Year Año	City Ciudad	State Estado		

**MILITARY INFORMATION INFORMACIÓN DE SERVICIO MILITAR**

Military Service: Does any member of your family have current or previous military service?  Yes  No  
 Servicio Militar: ¿Hay alguien en su familia que tiene servicio militar actual o previo?  Si  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 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>

**SIGNATURE FIRMA**

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*

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 futuro renta)?* \_\_\_\_\_

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

Nicor: \_\_\_\_\_ ComEd: \_\_\_\_\_ Water: \_\_\_\_\_  
Agua: \_\_\_\_\_

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  No  
*Si No*

Have you applied for LIHEAP during this current program year?

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

Yes  No  
*Si 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  No  
*Si 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  No  
*Si 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: \_\_\_\_\_

**I certify that the following adult members of my household have not been employed, self-employed, completed odd jobs, or had any source of income including gifts or loans during the past 30 days.**

***Certifico que los siguientes miembros adultos de mi domicilio no han estado empleados, trabajado por cuenta propia, realizado trabajos ocasionales ni han tenido ninguna fuente de ingresos, incluidos regalos monetarios o préstamos, durante los últimos 30 días.***

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.*

**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: \_\_\_\_\_