



**2026 Community Action Solicitud
de alimentos, electricidad, servicios públicos, hipoteca y alquiler
(2026 Community Action Application for
Food, Electric, Utilities, Mortgage, and Rent)**

Los fondos de Acción Comunitaria están destinados a familias de bajos ingresos que necesitan ayuda con alimentos, electricidad, servicios públicos, hipoteca y alquiler. Este programa se basa en los ingresos brutos del hogar, es decir, los ingresos antes de impuestos. Los límites de elegibilidad por ingresos se encuentran al dorso de esta página. La capacidad del GCAP para brindar asistencia depende de los fondos disponibles. Una vez que se hayan utilizado todos los fondos, la asistencia del programa podría finalizar. Para que su solicitud sea procesada, debe proporcionar la siguiente información:

- Lista de todas las miembros que viven en su hogar
- Proporcionar verificación de todas las fuentes de ingresos de cada persona en el hogar (los últimos 30 días de ingresos, incluidos talones de pago, cartas de concesión del seguro social, manutención infantil, pensión alimenticia, extracto bancario, etc.)
- Si solicita asistencia eléctrica, proporcione una copia de la factura completa. Si solicita propano, queroseno, aceite, etc., debe proporcionar el nombre de su proveedor y el número de cuenta.
- Si solicita asistencia para el alquiler o una hipoteca, proporcione una copia del estado de cuenta de la hipoteca, el contrato de arrendamiento o el contrato de alquiler.

¿No tiene computadora? ¡No hay problema! Por favor, pase por la oficina de Servicios Sociales de Goochland. Tenemos una computadora en la sala de espera que puede usar para obtener la documentación que necesita.

Facturas eléctricas:

- Menores de 60 años: se requiere un aviso de desconexión
- Mayores de 60 años: no se requiere aviso de desconexión
- **Nuevo: Todos los solicitantes deben pagar el 10% de su factura de electricidad total antes de recibir ayuda de los fondos de Acción Comunitaria.** No pagamos depósitos de seguridad ni saldos de cuentas anteriores fuera del condado de Goochland.

Petróleo/propano/queroseno/fuentes de calefacción

- El pago cubrirá el costo de la asistencia con petróleo o propano.

El monto máximo anual pagado por hogar por servicios públicos (electricidad, petróleo, propano, etc.) es de \$600 con fondos de Acción Comunitaria.

Hipoteca:

- Los fondos no cubren honorarios legales ni cargos por pagos atrasados.
- Se necesita una copia del estado de cuenta de la hipoteca para verificar el monto de la hipoteca..
- Se debe presentar un formulario W-9 de la compañía hipotecaria antes de realizar un pago con fondos de Acción Comunitaria..

Alquilar:

- Se requiere la verificación del contrato de alquiler y un W-9 del propietario de la propiedad antes de realizar un pago con fondos de Acción Comunitaria.
- Los fondos no cubren depósitos de seguridad, cargos por pagos atrasados ni el costo de alquiler de una habitación.
- La ayuda para el alquiler se paga según el valor del alquiler justo de mercado, que se calcula según el número de habitaciones de la vivienda. Esta información está verificada por el Sistema de Información Geográfica (GIS) de Goochland.

Los pagos se realizan directamente al proveedor de servicios. El personal de Acción Comunitaria de Goochland es el único autorizado para autorizar los pagos del programa.

Su solicitud será evaluada para TODOS los programas/fondos de Acción Comunitaria.

Lista de Verificación de Solicitud

✓	Documentos Necesarios
	Solicitud completa con información de todas las personas que viven en el hogar y la solicitud está firmada.
	Verificación de ingresos de todas las personas que viven en mi hogar (incluidos recibos de pago, manutención infantil, pensión alimenticia, extractos bancarios, etc.)
	Se adjuntan documentos de respaldo (factura de servicios públicos, contrato de alquiler o estado de cuenta de hipoteca).

Criterios de Elegibilidad

Los criterios de elegibilidad se actualizan cada año y los determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Pautas de elegibilidad de ingresos para 2026	Ingresos Brutos (200%)
Unidad familiar de 1	\$31,920
2	\$43,280
3	\$54,640

4	\$66,000
5	\$77,360
6	\$88,720
7	\$100,080
8	\$111,440

Paso 1 – Datos demográficos del hogar (Household Demographics)

Por favor, escriba con letra clara y complete la sección de datos demográficos para usted y cada miembro de su hogar. Las opciones matrimoniales son: divorciado, casado, soltero, separado o viudo.

Apellido (Last Name): _____ Nombre de pila (First Name): _____

Dirección de Casa (Physical Address): _____

Dirección de Envío (si es diferente del físico) / Mailing Address (if different from physical): _____

Número de Contacto (Contact Number): _____

Dirección de Correo Electrónico (Email Address): _____

¿Le gustaría unirse a nuestra lista de correo electrónico para recibir actualizaciones sobre programas y eventos? (Would you like to join our email list to receive updates on programs and events?) ☐ Sí (Yes) ☐ No

Por favor, marque el tipo de asistencia solicitada:

	Tipo de Asistencia (Type of Assistance)	Vendedor/Propietario (Vendor/Landlord)	Número de cuenta/Dirección del propietario (Account number/Landlord Address)
	Tarjeta de regalo de comida (Food Gift Card)	Walmart	N/A
	Eléctrico (Electric)		
	Propano, queroseno o petróleo (Propane, Kerosene, or Oil)		
	Alquilar (Rent)		
	Hipoteca (Mortgage)		

Ser (Self)	
Nombre (Nombre y Apellido) Name (First and Last)	¿Tiene usted seguro médico? SÍ or NO (Do you have health insurance? YES or NO) Si es así, ¿de qué tipo? (If so, what type?) (marque con un círculo la opción de respuesta) Medicaid, Medicare, basado en el empleo (employment based), otro (other): _____
Fecha de nacimiento: (Date of Birth)	Estado laboral: (marque con un círculo la opción de respuesta) Work Status: (circle answer choice) Empleado (Employed) or Unemployed (Desempleados) Tiempo Parcial (Part-time), Jornada completa (Full-time), Otro (other): _____
Número de seguro social (Social Security Number)	¿Esta persona está legalmente discapacitada? (marque la opción de respuesta) Is this person legally disabled? (circle answer choice) Sí /Yes or No
Estado civil: (Marital Status)	Estado militar: (marque con un círculo la opción de respuesta) Military Status: (circle answer choice) Veterano (Veteran), Militar Active (Active Military) o (or) No applicable (Not applicable)
Relación con el solicitante: Auto (Relationship to applicant: Self)	Género (marque con un círculo la opción de respuesta): Gender (circle answer choice): Masculino (male) o (or) femenino (female)
Nivel educativo: (Education Level)	Estado de la vivienda: (marque con un círculo la opción de respuesta) Housing Status (circle answer choice) Tener una casa (Own), Alquilar (Rent), Sin hogar (Homeless), Otro (Other): _____
Carrera (Race):	Ethnicity: (circle answer choice) Etnicidad: (marque con un círculo la opción de respuesta) Hispano (Hispanic), no hispano (not Hispanic)
¿Su familia recibe actualmente SNAP o TANF? (marque con un círculo la opción de respuesta) Does your family currently receive SNAP or TANF? Sí (Yes), No, Caso pendiente (Case Pending)	

Persona 2 (Person 2)	
Nombre (Nombre y Apellido) Name (First and Last)	¿Tiene usted seguro médico? (Do you have health insurance?) Sí (Yes), No Si es así, ¿de qué tipo? Marque con un círculo la opción de respuesta. (If so, what type?) Medicaid, Medicare, basado en el empleo (employment based), otro (other): _____
Fecha de nacimiento: (Date of Birth)	Estado laboral: (marque con un círculo la opción de respuesta) Work Status: (circle answer choice) Empleado (Employed) or Unemployed (Desempleados) Tiempo Parcial (Part-time), Jornada completa (Full-time), Otro (other): _____
Número de seguro social (Social Security Number)	¿Esta persona está legalmente discapacitada? (marque la opción de respuesta) Is this person legally disabled? (circle answer choice) Sí (Yes) or No
Estado civil: (Marital Status)	Estado militar: (marque con un círculo la opción de respuesta) Military Status: (circle answer choice) Veterano (Veteran), Militar Active (Active Military) o (or) No applicable (Not applicable)
Relación con el solicitante: (Relationship to applicant)	Género (marque con un círculo la opción de respuesta): Gender (circle answer choice): Masculino (male) o (or) femenino (female)
Nivel educativo: (Education Level)	Estado de la vivienda: (marque con un círculo la opción de respuesta) Housing Status (circle answer choice) Tener una casa (Own), Alquilar (Rent), Sin hogar (Homeless), Otro (Other): _____
Carrera (Race):	Ethnicity: (circle answer choice) Etnicidad: (marque con un círculo la opción de respuesta) Hispano (Hispanic), no hispano (not Hispanic)
¿Su familia recibe actualmente SNAP o TANF? (marque con un círculo la opción de respuesta) (Does your family currently receive SNAP or TANF?) Sí (Yes), No, Caso pendiente (Case Pending)	

Persona 3 (Person 3)	
Nombre (Nombre y Apellido) Name (First and Last)	¿Tiene usted seguro médico? (Do you have health insurance?) Sí (Yes), No Si es así, ¿de qué tipo? Marque con un círculo la opción de respuesta. (If so, what type?) Medicaid, Medicare, basado en el empleo (employment based), otro (other): _____
Fecha de nacimiento: (Date of Birth)	Estado laboral: (marque con un círculo la opción de respuesta) Work Status: (circle answer choice) Empleado (Employed) or Unemployed (Desempleados) Tiempo Parcial (Part-time), Jornada completa (Full-time), Otro (other): _____
Número de seguro social (Social Security Number)	¿Esta persona está legalmente discapacitada? (marque la opción de respuesta) Is this person legally disabled? (circle answer choice) Sí (Yes) or No
Estado civil: (Marital Status)	Estado militar: (marque con un círculo la opción de respuesta) Military Status: (circle answer choice) Veterano (Veteran), Militar Active (Active Military) o (or) No applicable (Not applicable)
Relación con el solicitante: (Relationship to applicant)	Género (marque con un círculo la opción de respuesta): Gender (circle answer choice): Masculino (male) o (or) femenino (female)
Nivel educativo: (Education Level)	Estado de la vivienda: (marque con un círculo la opción de respuesta) Housing Status (circle answer choice) Tener una casa (Own), Alquilar (Rent), Sin hogar (Homeless), Otro (Other): _____
Carrera (Race):	Ethnicity: (circle answer choice) Etnicidad: (marque con un círculo la opción de respuesta) Hispano (Hispanic), no hispano (not Hispanic)
¿Su familia recibe actualmente SNAP o TANF? (marque con un círculo la opción de respuesta) (Does your family currently receive SNAP or TANF?) Sí (Yes), No, Caso pendiente (Case Pending)	

Persona 4 (Person 4)	
Nombre (Nombre y Apellido) Name (First and Last)	¿Tiene usted seguro médico? (Do you have health insurance?) Sí (Yes), No Si es así, ¿de qué tipo? Marque con un círculo la opción de respuesta. (If so, what type?) Medicaid, Medicare, basado en el empleo (employment based), otro (other): _____
Fecha de nacimiento: (Date of Birth)	Estado laboral: (marque con un círculo la opción de respuesta) Work Status: (circle answer choice) Empleado (Employed) or Unemployed (Desempleados) Tiempo Parcial (Part-time), Jornada completa (Full-time), Otro (other): _____
Número de seguro social (Social Security Number)	¿Esta persona está legalmente discapacitada? (marque la opción de respuesta) Is this person legally disabled? (circle answer choice) Sí (Yes) or No
Estado civil: (Marital Status)	Estado militar: (marque con un círculo la opción de respuesta) Military Status: (circle answer choice) Veterano (Veteran), Militar Active (Active Military) o (or) No applicable (Not applicable)
Relación con el solicitante: (Relationship to applicant)	Género (marque con un círculo la opción de respuesta): Gender (circle answer choice): Masculino (male) o (or) femenino (female)
Nivel educativo: (Education Level)	Estado de la vivienda: (marque con un círculo la opción de respuesta) Housing Status (circle answer choice) Tener una casa (Own), Alquilar (Rent), Sin hogar (Homeless), Otro (Other): _____
Carrera (Race):	Ethnicity: (circle answer choice) Etnicidad: (marque con un círculo la opción de respuesta) Hispano (Hispanic), no hispano (not Hispanic)
¿Su familia recibe actualmente SNAP o TANF? (marque con un círculo la opción de respuesta) (Does your family currently receive SNAP or TANF?) Sí (Yes), No, Caso pendiente (Case Pending)	

Persona 5 (Person 5)	
Nombre (Nombre y Apellido) Name (First and Last)	¿Tiene usted seguro médico? (Do you have health insurance?) Sí (Yes), No Si es así, ¿de qué tipo? Marque con un círculo la opción de respuesta. (If so, what type?) Medicaid, Medicare, basado en el empleo (employment based), otro (other): _____
Fecha de nacimiento: (Date of Birth)	Estado laboral: (marque con un círculo la opción de respuesta) Work Status: (circle answer choice) Empleado (Employed) or Unemployed (Desempleados) Tiempo Parcial (Part-time), Jornada completa (Full-time), Otro (other): _____
Número de seguro social (Social Security Number)	¿Esta persona está legalmente discapacitada? (marque la opción de respuesta) Is this person legally disabled? (circle answer choice) Sí (Yes) or No
Estado civil: (Marital Status)	Estado militar: (marque con un círculo la opción de respuesta) Military Status: (circle answer choice) Veterano (Veteran), Militar Active (Active Military) o (or) No applicable (Not applicable)
Relación con el solicitante: (Relationship to applicant)	Género (marque con un círculo la opción de respuesta): Gender (circle answer choice): Masculino (male) o (or) femenino (female)
Nivel educativo: (Education Level)	Estado de la vivienda: (marque con un círculo la opción de respuesta) Housing Status (circle answer choice) Tener una casa (Own), Alquilar (Rent), Sin hogar (Homeless), Otro (Other): _____
Carrera (Race):	Ethnicity: (circle answer choice) Etnicidad: (marque con un círculo la opción de respuesta) Hispano (Hispanic), no hispano (not Hispanic)
¿Su familia recibe actualmente SNAP o TANF? (marque con un círculo la opción de respuesta) (Does your family currently receive SNAP or TANF?) Sí (Yes), No, Caso pendiente (Case Pending)	

Paso 2 – Ingresos del hogar (Step 2 – Household Income)

Marque la causa de las dificultades económicas que usted o una persona de su hogar ha experimentado. Marque todas las que correspondan.

(Please check the cause of economic hardship you or a person in your household have experienced. Check all that apply.)

☐	Despedido (Laid off)
☐	Reducción de horas de trabajo (Reduction in hours of work)
☐	Niño perdido o manutención del cónyuge (Lost child or spousal support)
☐	Ninguna de las situaciones anteriores se aplica a mi familia ni a mí. (None of the above situations applies to my family and me)

Ingreso (Income)

(Se requiere verificación para todos los ingresos recibidos en los últimos 30 días)

Nombre de la persona con ingresos (Name of Person with Income)	Ingresos brutos (ingresos antes de impuestos) Gross income (income before taxes)	¿Con qué frecuencia se reciben los ingresos? (How often is the income received?)	Fuente de ingresos (SSI, manutención infantil, salario) Source of Income (SSI, Child Support, Salary)

Información Bancaria (Banking Information)

Nombre del titular de la cuenta (Name of Account Holder)	Tipo de cuenta (corriente, de ahorros) Type of Account (Checking, Savings)	Nombre del banco (Name of Bank)	Saldo en Cuentas (Balance in Accounts)

¿Cómo se enteró del Programa de Acción Comunitaria de Goochland?
(How did you learn about the Goochland Community Action Program?)

Paso 3 – Verificación (Step 3 – Verification)

Lea las siguientes declaraciones antes de firmar esta solicitud. Coloque sus iniciales junto a cada declaración para confirmar que las ha leído y comprendido.

Declaración (Statement)	Iniciales (Initials)
Al firmar esta solicitud, el solicitante confirma que toda la información proporcionada es exacta. No proporcionar información exacta se considera fraude. Esto incluye no reportar a todas las personas que viven en el hogar, no reportar todos los ingresos de todas las fuentes, hacer declaraciones falsas y retener información. El incumplimiento de los requisitos del programa podría resultar en el reembolso de cualquier beneficio que reciba o en la pérdida de su elegibilidad para recibir asistencia adicional.	
Es responsabilidad del solicitante proporcionar a la agencia todos los documentos requeridos. Esto incluye el nombre legal de la empresa, una dirección correcta y los números de cuenta. De no proporcionar estos documentos, se rechazará esta solicitud. Completar esta solicitud autoriza a la agencia a verificar las fuentes de ingresos. La aprobación de los fondos depende del cumplimiento de las directrices y la disponibilidad de fondos. Entiendo completamente la declaración anterior.	
Doy permiso para que esta solicitud sea revisada por personal estatal y federal para fines de cumplimiento del programa.	
Entiendo que mi firma en este formulario da permiso para verificar información sobre mi necesidad de asistencia.	

Nombre impreso (Printed Name): _____

Firma (Signature): _____ La Fecha (Date): _____

¡Has completado la solicitud del GCAP! Por favor, verifica que tengas todos los documentos de respaldo de la lista de verificación antes de enviarla.

SÓLO para uso en oficina (For Office Use ONLY):

Approved or Denied	Type of Assistance	Amount approved
	Food Gift Card	-----
	Electric	
	Propane, Kerosene, Oil	
	Rent	
	Mortgage	
	Whole Family Program	

Funding Source: _____