**COVID-19 Aplicación para Fondo de Ayuda / Línea de Ayuda 540.459.5616**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número Total de Adultos en el Hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número Total de Niños en el Hogar (<18): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Necesito ayuda para pagar lo siguiente:

¿Cómo el COVID-19 causó esto?

He incluido documentación para verificar la información proporcionada anteriormente

Sí \_\_\_ No \_\_\_

Yo entiendo que mi solicitud debe estar relacionada con la pandemia COVID-19 y que estoy requerido a proveer verificación con tales fines, previo al desembolso de ningún fondo.

Mediante la siguiente firma, autorizo al representante del Departamento de Servicios Sociales del Condado de Shenandoah a contactar a cualquier entidad necesaria para la verificación de la información proporcionada previamente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

Aplicación recibida el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fecha Representante de SCDSS

Envíe la aplicación por FAX al 540.459.1970 / Envíe la aplicación debidamente llenada y verificaciones por correo regular o entregue en persona al:

SCDSS / 494 N Main Street S-200 / Woodstock. VA 22664 / ATTN: COVID Relief Fund