



**CITY OF PHARR
EMERGENCY UTILITY ASSISTANCE FUND
CARES Act/CDBG-CV3**

The City of Pharr will utilize two-hundred fifty thousand dollars (\$250,000) from the Coronavirus Aid, Relief and Economic Stability (CARES) Act to establish an Emergency Utility Assistance Program. The Emergency Utility Assistance Program will be administered by the Grants Management and Community Development (GMCD) department. The funds are designed to immediately support the utility assistance financial needs of City of Pharr residents that are experiencing financial hardships due to the ongoing COVID-19 pandemic. The Program will not be amended or changed without prior written concurrence from the GMCD and the City of Pharr.

1) Use of Grant Funds:

The Emergency Utility Assistance Program will provide immediate assistance to the Pharr resident affected by the current national pandemic. The guidelines of this program will follow the CARES Act requirements and will be the basis for meeting the eligibility criteria for assistance. The CARES Act funds must be used to prevent, prepare for, and respond to the coronavirus.

2) Purpose and Limitations of the Grants made from the Utility Assistance Fund:

a. Eligibility Requirements:

i. Low-to-Moderate Income Eligibility:

Applicants must complete a U.S. Department of Housing & Urban Development approved Income Verification Form documenting household income eligibility.

II. COVID-19 Adverse related requirement:

Applicant must be able to demonstrate that they have experienced adverse financial hardship due to the COVID-19 pandemic, *e.g., loss of job, reduced hours, increase in essential expenses.*

III. Under CDBG program requirements, all recipients of CDBG funds must provide proof of residency status. (U.S. Resident, a Non-Citizen National, or a Legal Resident of the U.S.)

Acceptable Identification:

***Photocopy of Residency ID required**

- U.S. Birth Certificate (long form, (copy of original)
- U.S. Passport
- Current Voter's Registration Card with Unexpired Driver's License or ID Card issued by the State of Texas
- Permanent/Legal Resident Card (unexpired).

IV. Proof of Income:

Documents Required to make adverse effect from COVID-19 pandemic:

- Income Tax Returns for 2019 and 2020, if applicable
- Three (3) months payroll documentation, if applicable
- Six months (6) of bank statements

- V. Applicants who are self-employed must sign a Self-Employed Affidavit and meet program residency status requirements.
- VI. Applicants who are 62 years and older and/or are disabled must provide proof of Social Security benefits.
- VII. Duplication of Benefits: Applicants who have been assisted with a different source of federal or non-federal funds on their utilities are not eligible for assistance.

b. Other General Grant Criteria:

- I. Grant amounts cannot exceed five hundred dollars (\$500)
- II. Applicant must be a Pharr resident.
- III. Grant funds shall not be used to finance the deposit for new city utility accounts, purchase, or repair of any new or existing water appliance or plumbing.
- IV. Applicant is responsible to make payment arrangements with the City of Pharr Utility department and advise them that they are in the process of receiving financial assistance to pay their utility.
- V. Applicant is responsible for the non-utility assistance balance.
- VI. The city is not responsible for the disconnection of service for non-payment.
- VII. Utility bill address must match applicant drivers license.

In accordance with Federal law, applicants will not be discriminated against on basis of race, color, national origin, sex, religion, age, disability, or marital or family status.

I hereby attest that I have not asked for and/or I have not received funding from another agency to pay for these expenses. I Further certify that the above statement is true and correct. I understand that a false statement may disqualify me from receiving benefits.

By: _____
(Acknowledged Signature)

(Date)

Solicitud del Programa CDBG

Formulario de Certificación de Elegibilidad de Ingresos CARES Act/CDBG-CV3

Los participantes en el Programa de Desarrollo Comunitario financiado por el Gobierno Federal (CDBG) debe revelar información personal a efectos de información y de elegibilidad. Por favor de escribir legible y responder a todas las preguntas completamente.

ADVERTENCIA: La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación por HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos declara que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser terminada por conocimiento y voluntariamente una declaración falsa o fraudulenta a un departamento de Gobierno de los Estados Unidos.

I. Información General: Demografía del hogar

A. Información del solicitante

Nombre _____

Dirrección _____

Ciudad,Estado _____ Código postal _____

¿El solicitante reside dentro de los límites de la Ciudad? ___ Yes ___ No

B. Características **(marque uno)**

1. Hispano(a): Sí No

2. Raza

Blanco Negro/Afro Americano(a) Asiático(a)

Indios Americanos/Nativos de Alaska Nativo de Hawaii/otra Isla del Pacífico

Los Indios Americanos/ Nativos de Alaska y Blanco Asiático y Blanco

Negro/ Afroamericano y Blanco Indios Americanos/Nativos de Alaska Negro

Otros Multi-Racial

3. Número de personas que se benefician de servicios _____

4. Número de personas en el hogar _____

II. Documentos de Calificación

Por favor marque (X) la respuesta

A. Recibe su familia TANF (asistencia Temporal para Familias Necesitadas)?

_____ Si; Fuente de Documentación: proporcionar carta de adjudicación de no más de 6 meses de la fecha de esta solicitud; pare y vaya al Paso III para firmar y fechar esta aplicación

_____ No; por favor continúe con la siguiente pregunta

B. Alguien en su hogar recibe MEDICAID?

_____ Si; Fuente de Documentación: proporcionar carta de adjudicación de no más de 6 meses de la fecha de esta solicitud; pare y vaya al Paso III para firmar y fechar esta aplicación

_____ No; por favor continúe con la siguiente pregunta

C. Recibe su familia SNAP (CUPONES DE ALIMENTOS)?

_____ Si; Fuente de Documentación: proporcionar carta de adjudicación de no más de 6 meses de la fecha de esta solicitud; pare y vaya al Paso III para firmar y fechar esta aplicación

_____ No; por favor continúe con la siguiente pregunta

D. Usted reside en Vivienda Pública (Autoridad de Vivienda o sa Sección 8)?

_____ Yes; Nombre de la ciudad en la que la Vivienda Pública se encuentra _____

Fuente de Documentación: proporcionar una copia del DNI/licencia, o facture de servicios públicos que indica la dirección; Pare y vaya al Paso III para firmar y fechar esta aplicación

_____ No; por favor continúe a la siguiente sección

III. Certificación del Solicitante

Encierre el Límite de ingresos basado en el tamaño del hogar.

TABLA DE INGRESOS (ABAJO):

As per HUD, June 15, 2022

Tamaño de Familia	Extremadamente bajo Ingresos (30%)	Muy bajo Ingresos (50%)	Bajo Ingresos (80%)
1 Persona	\$14,350	\$23,850	\$38,150
2 Personas	\$16,400	\$27,250	\$43,600
3 Personas	\$18,450	\$30,650	\$49,050
4 Personas	\$20,450	\$34,050	\$54,450
5 Personas	\$22,100	\$36,800	\$58,850
6 Personas	\$23,750	\$39,500	\$63,200
7 Personas	\$25,400	\$42,250	\$67,550
8 Personas	\$27,000	\$44,950	\$71,900

Solicitante es _____ Elegible _____ No Elegible

Yo, _____, presente reconozco que
(Nombre en molde)

(1) la elegibilidad para asistencia bajo este programa financiado por el programa CDBG se basa en tener una presunción o calificar los ingresos familiares; (2) la información suministrada a la Agencia de prestación de los servicios y Subvencionado es la vigente en la fecha de la firma; (3) esta información puede estar sujeta a promover verificación por parte del concesionario y / o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE.UU. (HUD) y HUD-Oficina del Inspector General (HUD-OIG); (4) autorizo dicha verificación; y (5) falsificación de la información proporcionada, me expone a ser procesado bajo estatales y las leyes federales.

Firma

Fecha

IV. Certificación de la agencia

Yo, _____, por la presente reconozco que
(Nombre en molde)

tengo recibido la documentación necesaria con el fin de prestart servicios en el marco del programa CDBG.

Firma

Fecha



PROGRAMA DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

APLICACIÓN

CARES ACT CDBG-CV 3

PARTE I – Información del SOLICITANTE

Año del Programa 2020

Pharr Cuenta de Utilidad #: _____

Nombre: _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____

PARTE II – MOTIVO DE LA SOLICITUD DE DIFICULTADES DE UTILIDAD

¿Ha ocurrido un gasto/crisis inesperado relacionado con COVID? Sí: _____ No: _____

Explicar: _____

CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD (EL SOLICITANTE DEBE FIRMAR ESTA SECCIÓN)

Límite de ingresos del círculo basado en el tamaño del hogar.

TABLA DE INGRESOS (Abajo):

As of June 15, 2022

Hogar Tamaño	Ingresos extremadamente bajos (30%)	Muy Bajo Ingresos (50%)	Bajo Ingresos (80%)
1 Persona	\$14,350	\$23,850	\$38,150
2 Persona	\$16,400	\$27,250	\$43,600
3 Persona	\$18,450	\$30,650	\$49,050
4 Persona	\$20,450	\$34,050	\$54,450
5 Persona	\$22,100	\$36,800	\$58,850
6 Persona	\$23,750	\$39,500	\$63,200
7 Persona	\$25,400	\$42,250	\$67,550
8 Persona	\$27,000	\$44,950	\$71,900

**Número de personas que se benefician de los servicios _____

**Número de personas en el hogar _____

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a leal saber y entender. Además, certifico que no he recibido asistencia con los servicios públicos de cualquier otra ley CARES u otra fuente de financiamiento en los últimos seis (6) meses

_____ FECHA

_____ FIRMA DE LOS SOLICITANTES

STAFF USE ONLY

Grant Request Date: _____ Grant Award Amount: \$ _____

Utility Account Past Due: Y / N

RECOMMENDATION: **APPROVED** **DENIED:**

Reason for Denial: _____

Utility Hardship Program Manager Signature: _____ Date: _____

GRANTS MANAGEMENT & COMMUNITY DEVELOPMENT REVIEW: **APPROVED:** **DENIED:**

GMCD DIRECTOR SIGNATURE: _____ **DATE:** _____