



CITY OF PERRIS CDBG-CV UTILITY ASSISTANCE PROGRAM

The CDBG-CV Utility Assistance Program is funded through the Community Development Block Grant-COVID (CDBG-CV) funds from the Department of Housing and Urban Development (HUD) and require the following information. All documentation submitted is kept strictly confidential.

Funds are available on a first completed, first serve basis. Submission of your application(s) is NOT a reservation of funds. Funds are reserved once eligibility is established and complete supporting documentation has been verified.

REQUIREMENTS

1. Households must show they have been directly financially impacted by COVID-19.
2. Applicants must be an incorporated City of Perris resident.
3. All adults (18 yrs and over) must submit proof of income. Those who cannot, must submit a signed Letter of Explanation.
4. Each adult in the household (18 yrs and over) must complete and submit the Employer Verification Form. Those who cannot, must submit a signed Letter of Explanation.
5. All adults (18 yrs and over) must submit one (1) months' proof of income **BEFORE & AFTER** being financially impacted by COVID-19. This includes complete pay stubs, Social Security/SSI, Pension, Unemployment benefits, Retirement, Disability, etc. This also includes net income from business and self-employment (include income earned as an independent contractor and "Gig Economy" jobs such as Etsy, Amazon, eBay, Uber, Lyft, Instacart, Grub Hub, Door Dash, etc.)
6. Self-Employed applicants must provide a profit and loss statement to show the difference of income before and after being finally impacted by COVID-19.
7. Each adult in the household (18 yrs and over) must submit most recent three (3) months of complete bank statements. Those who cannot, must submit a signed letter of Explanation.
8. Proof of current enrollment for household adults (18 yrs and over) who are full time High School or College students must be submitted. Does not apply to the Head of Household.
9. Homeowners must submit their most recent mortgage statement.

RESTRICTIONS

The following restrictions apply:

1. Assistance is available only for incorporated City of Perris residents.
2. Assistance for late fees will not be included.
3. Assistance is provided for up to three (3) consecutive months of Utility Assistance. Additionally, only the amount of your bill for the service period, up to \$300/month will be provided.
4. Payments will be made directly to the utility company to be credited to the account indicated in the application. Payments will not be made to the applicant.
5. Assistance will be prorated for households with undocumented individuals.



CIUDAD DE PERRIS PROGRAMA DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS CDBG-CV

El Programa de Asistencia de Servicios Públicos CDBG-CV se financia a través de los fondos de la Subvención en Bloque para el Desarrollo Comunitario-COVID (CDBG-CV) del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) y requiere la siguiente información. Toda la documentación presentada se mantiene estrictamente confidencial.

Los fondos están disponibles en base al primer servicio completo. La presentación de su(s) solicitud(es) NO es una reserva de fondos. Los fondos se reservan una vez que se establece la elegibilidad y se ha verificado la documentación de respaldo completa.

REQUISITOS

1. Los hogares deben demostrar que el COVID-19 los ha afectado directamente económicamente.
2. Los solicitantes deben ser residentes incorporados de la Ciudad de Perris.
3. Todos los adultos (mayores de 18 años) deben presentar prueba de ingresos. Aquellos que no pueden, deben presentar una Carta de Explicación firmada.
4. Cada adulto en el hogar (18 años o más) debe completar y enviar el Formulario de verificación del empleador. Aquellos que no pueden, deben presentar una Carta de Explicación firmada.
5. Todos los adultos (mayores de 18 años) deben presentar un (1) mes de prueba de ingresos ANTES Y DESPUÉS de verse afectados financieramente por COVID-19. Esto incluye recibos de pago completos, seguro social/SSI, pensión, beneficios de desempleo, jubilación, discapacidad, etc. También incluye ingresos netos de negocios y trabajo por cuenta propia (incluye ingresos obtenidos como contratista independiente y trabajos de "Gig Economy" como Etsy, Amazon, eBay, Uber, Lyft, Instacart, Grub Hub, Door Dash, etc.)
6. Los solicitantes que trabajan por cuenta propia deben proporcionar una declaración de pérdidas y ganancias que muestre la diferencia de ingresos antes y después de ser finalmente afectados por COVID.
7. Cada adulto en el hogar (18 años o más) debe presentar los últimos tres (3) meses de extractos bancarios completos. Aquellos que no pueden, deben presentar una carta de explicación firmada.
8. Se debe presentar un comprobante de inscripción actual para los adultos del hogar (mayores de 18 años) que sean estudiantes de secundaria o universitarios a tiempo completo. No aplica para Jefe de Hogar.
9. Los inquilinos deben enviar un Formulario de verificación del propietario con su contrato de arrendamiento actual. Si el solicitante alquila una casa unifamiliar, una copia del estado de cuenta de la hipoteca del propietario que muestre que los pagos del propietario están al día.
10. Los propietarios de viviendas deben presentar su estado de cuenta hipotecario más reciente.

RESTRICCIONES

Se aplican las siguientes restricciones:

1. La asistencia está disponible solo para los residentes incorporados de la Ciudad de Perris.
2. No se incluirá la asistencia para cargos por pagos atrasados.
3. Se proporciona asistencia hasta por tres (3) meses consecutivos de Asistencia con los servicios públicos. Además, solo se proporcionará el monto de su factura por el período de servicio, hasta \$300/mes.
4. Los pagos se realizarán directamente a la empresa de servicios públicos para ser acreditados en la cuenta indicada en la solicitud. No se realizarán pagos al solicitante. La asistencia se prorrateará para los hogares con personas indocumentadas.



CITY OF PERRIS CDBG-CV UTILITY ASSISTANCE PROGRAM

All pages of this application must be completed.

Deben completar todas las páginas de la solicitud.

Name / Nombre: _____
Last/Apellido First/Primero M.I./Inicial Media

Address / Dirección: _____
Number/Número Street/Calle Apartment #/Apartamento

City / Ciudad: PERRIS State / Estado: CA Zip / Código Postal: _____

Email / Correo Electrónico: _____

Cell Phone / Número Celular: _____ Home Phone / Número de Casa: _____

Are you an employee, agent, consultant, officer, elected official or appointed official of the City of Perris or an immediate family member to someone who is? / ¿Es usted un empleado, agente, consultor, funcionario, funcionario electo o funcionario designado de la Ciudad de Perris o un familiar directo de alguien que lo es?

No Yes/Sí Who? / ¿Quién es? _____

Is this a female headed household? / ¿Este hogar es dirigida por una mujer como cabeza de familia? Yes/Sí No

1. ETHNICITY / ETNICIDAD:

Select only one out of the single-race OR Multi-race. NOTE: Ethnicity and Race information collected is federally mandated for reporting purposes and is kept strictly confidential.

Seleccione solo una de las categorías de una sola raza o de multirracial. NOTA: La información sobre etnicidad y raza recopilada tiene un mandato federal para fines de información y se mantiene estrictamente confidencial.

A. Do you identify as Latino, Latinx or Hispanic? / Identificas como Latino, Latinx o Hispano Yes / Sí No

B. Single race category / Categoría de Una Sola Raza

- Caucasian / Caucásico Asian / Asiático African American / Afroamericano
- American Indian or Alaskan Native / Indio Americano o Nativo de Alaska
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander / Nativo de Hawai o Otras Islas del Pacífico

C. Multi-race category / Categoría Multirracial

- American Indian or Alaskan Native & Caucasian / Indio Americano o Nativo de Alaska y Caucásico
- American Indian or Alaskan Native & African American / Indio Americano o Nativo de Alaska y Afroamericano
- Asian & White / Asiático y Caucásico African American & White / Afroamericano y Caucásico
- Other Multi-race (ONLY if none of the above categories identifies you) / Otro multirracial (SOLO si ninguna de las categorías anteriores lo identifica)

2. HOUSEHOLD / INFORMACIÓN DEL HOGAR

A. Household size / Tamaño del Hogar 1 2 3 4 5 6 7 8 other / otro: _____

Please list **ALL** individuals, related and unrelated, currently living in the home (adults and children). This number should coincide with the household size listed above.

Por favor de poner en lista **TODOS** los individuos, relacionados y no relacionados, que viven actualmente en el hogar (adultos y niños). Este número debe coincidir con el tamaño del hogar mencionado anteriormente.

Household chart must be completed in its entirety. Do not leave any blank spaces or it will be considered incomplete.
La lista del hogar debe ser completado en su totalidad. No deje espacios en blanco o será considerado incompleto.

Name / Nombre	Date of Birth / Fecha de Nacimiento	List School if full time High School or College student / Escuela a la que asiste si es estudiante de secundaria o universidad

B. HOUSEHOLD INCOME/ INGRESO DEL HOGAR:

All adults (18 yrs +) **must** submit proof of income or provide a signed Letter of Explanation for the reason they are unable to provide their proof of income.

Todos los adultos (mayores de 18 años) **deben** presentar un comprobante de ingresos o presentar una carta de explicación firmada por el motivo por el cual no pueden presentar su comprobante de ingresos.

Total household annual income from all sources is:

Ingreso anual total del hogar de todas las fuentes para todos los adultos es:

\$ _____

\$ _____

Note: Household Income is defined as all the people who occupy a housing unit. **A household includes the related family members AND all the unrelated people**, if any, such as lodgers, foster children, wards, or employees who share the housing unit. A person living alone in a housing unit, or a group of unrelated people sharing a housing unit such as partners or roomers, is also counted as a household.

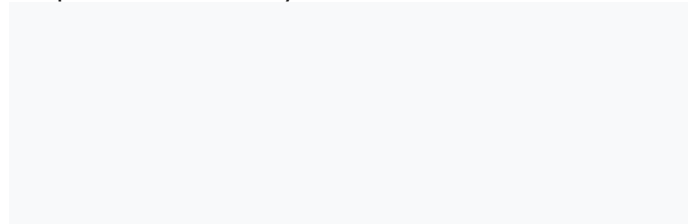
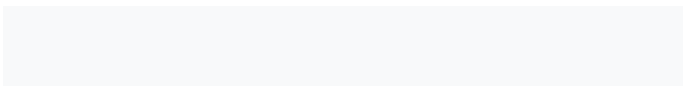
Nota: el ingreso familiar se define como todas las personas que ocupan una unidad de vivienda. **Un hogar incluye a los miembros de la familia relacionados Y a todas las personas no relacionadas**, si las hay, como inquilinos, niños de acogida, barrios o empleados que comparten la unidad de vivienda. Una persona que vive sola en una unidad de vivienda, o un grupo de personas no relacionadas que comparten una unidad de vivienda, como parejas o personas que viven en la habitación, también se cuenta como un hogar.

2020 Income Limits Riverside County

Effective April 1, 2020

Household Size	1	2	3	4	5	6	7	8
Low/Moderate (80%)	\$42,200	\$48,200	\$54,250	\$60,250	\$65,100	\$69,900	\$74,750	\$79,550

SOURCE: Each year the income limits are revised by the Department of Housing & Urban Development.
ORIGEN Cada año, los límites de ingresos son revisados por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano



List the total annual income for all adult household members to include wages, salaries & tips; other income such as alimony, child support, Social Security, SSI, Cash Aid, unemployment, pension, retirement, disability, special pay & allowances of a member of the Armed Forces, or other benefits. If you have any questions, please refer to Attachment A: Income Inclusions & Exclusions.

Attach copies of most recent payroll stubs and current copies of any documents for other income sources. If self-employed, provide profit and loss statement to show difference of income before & after COVID-19. **ALL ADULTS (18 yrs and over) MUST SUBMIT PROOF OF INCOME.**

Food subsidy payments such as WIC, CalFresh, and School Lunch Program participation etc., ARE NOT considered part of your income.

Household Income chart must be completed in its entirety. Do not leave any blank spaces or it will be considered incomplete. Use a separate line for each source of income for each adult.

¿Enumere el ingreso anual total para todos los miembros adultos del hogar para incluir sueldos, salarios y propinas; otros ingresos como pensión alimenticia, manutención infantil, Seguridad Social, SSI, asistencia monetaria, desempleo pensión, jubilación, discapacidad, pago especial y subsidios de un miembro de las Fuerzas Armadas u otros beneficios. Si tiene alguna pregunta, consulte el Anexo A: Incusiones y Exclusiones de Ingresos.

Adjunte copias de los talones de nómina más recientes y copias actuales de cualquier documento para otras fuentes de ingresos. Si trabaja por cuenta propia, proporcione un estado de pérdidas y ganancias para mostrar la diferencia de ingresos antes y después de COVID-19. **TODOS LOS ADULTOS (de 18 años o más) DEBEN PRESENTAR PRUEBAS DE INGRESOS.**

Los pagos de subsidios para alimentos, como WIC, CalFresh, y la participación en el Programa de Almuerzos Escolares, etc., NO SON considerados parte de sus ingresos

La lista del Ingreso del Hogar debe ser completado en su totalidad. No deje espacios en blanco o será considerado incompleto. Use una línea para cada fuente de ingresos para cada adulto.

Adult Full Name / Nombre Completo del Adulto	Occupation / Ocupación	List all Sources of Income/ Enumere todas las fuentes de ingreso	Payment Frequency (weekly, monthly, annually) / Frecuencia de Pago (seminal, mensual, annual)	Annual Amount/ Monto Annual

Attach additional sheets with information if more room is needed/ Adjunte hojas adicionales con información si necesita más espacio

C. HOUSEHOLD ASSISTANCE/ASISTENCIA AL HOGAR:

If you have received utility assistance during the current COVID-19 pandemic, please indicate below where you received the assistance from and the amount.

I have received Utility Assistance from the following agency(ies) or program(s):

Total Amount: _____

I have not received Utility assistance during the COVID-19 pandemic from another agency or program.

Si ha recibido asistencia con los servicios públicos durante la pandemia actual de COVID-19, indique a continuación de dónde recibió la asistencia y la cantidad.

He recibido asistencia con los servicios públicos de la (s) siguiente (s) agencia (s) o programa (s):

Cantidad en Total: _____

No he recibido asistencia con los servicios públicos durante la pandemia de COVID-19 de otra agencia o programa.

D. UTILITY INFORMATION/ INFORMACIÓN DE UTILIDAD:

Submit up to three (3) months of bills for each of the below utilities you are requesting assistance for. Bills cannot be earlier than March 2020. Indicate if you are requesting assistance for upcoming month(s).

Electric Company: _____

Account Number: _____

Are you behind in your payments? Yes No

**NOTE: assistance can be provided starting for your March 2020 bill.*

Are you the renter/owner of record or listed as a responsible party on the account? Yes No

If not, who is? _____

Which month(s) are you requesting assistance for?

Water Company: _____

Account Number: _____

Are you behind in your payments? Yes No

**NOTE: assistance can be provided starting for your March 2020 bill.*

Are you the renter/owner of record or listed as a responsible party on the account? Yes No

Gas Company:

Account Number: _____

Are you behind in your payments? Yes No

**NOTE: assistance can be provided starting for your March 2020 bill.*

Are you the renter/owner of record or listed as a responsible party on the account? Yes No

If not, who is? _____

Which month(s) are you requesting assistance for?

Somete hasta tres (3) meses de facturas por cada una de las siguientes utilidades para las que solicita asistencia. Las facturas no pueden ser antes de Marzo de 2020. Indique si está solicitando asistencia para los próximos meses.

Compañía Eléctrica: _____

Número de cuenta: _____

¿Está atrasado en sus pagos? Sí No

**NOTA: se puede proporcionar asistencia a partir de su factura de marzo de 2020*

¿Es usted el cliente registrado o figura como parte responsable en la cuenta? Sí No

Si no, quién es: _____

Para qué mes(es) solicita asistencia:?

Compañía de Agua: _____

Número de cuenta: _____

¿Está atrasado en sus pagos? Sí No

**NOTA: se puede proporcionar asistencia a partir de su factura de marzo de 2020*

¿Es usted el cliente registrado o figura como parte responsable en la cuenta? Sí No

Si no, quién es: _____

Para qué mes(es) solicita asistencia:?

Compañía de Gas: _____

Número de cuenta: _____

¿Está atrasado en sus pagos? Sí No

**NOTA: se puede proporcionar asistencia a partir de su factura de marzo de 2020*

¿Es usted el cliente registrado o figura como parte responsable en la cuenta? Sí No

Si no, quién es: _____

Para qué mes(es) solicita asistencia:?

3. STIPULATIONS & SIGNATURE / ESTIPULACIONES Y FIRMA

Applicants must initial all sections to verify that they understand with the program requirements and specifications.

_____ I am a full time resident and live within the incorporated City of Perris limits.

_____ I understand that assistance for late fees will not be included.

_____ I understand that only the amount of the utility bill, up to \$300 per month, of assistance for up to three months will be provided.

_____ I understand that assistance will be prorated for households with non-citizens.

_____ I understand that payments will be made directly to the utility company I have provided to be credited to the account I have listed.

_____ I understand that IF approved, it may take 4 weeks FROM THE DATE I SUBMIT RENT/MORTGAGE INFORMATION to issue payment. The City is not responsible for any late payment fees I may incur.

_____ I certify that I **have not & will not** receive CARES Act rental/mortgage assistance from any other agency/program. **I agree to repay** the City of Perris for the assistance if I do receive CARES Act rental/mortgage assistance from another agency/program.

Acknowledgement:

I, _____ acknowledge that qualification for assistance funded under the CDBG- CV program is based on incorporated City of Perris residency and having an eligible household income. The income levels I have certified to on this form are current and accurate as of the date signed below and may be subject to further verification by the grantee and/or HUD. I authorize such verification and will provide further supporting documents as is necessary.

Signature _____

Date: _____

Los solicitantes deben iniciar todas las secciones para verificar que entienden los requisitos y especificaciones del programa.

_____ Soy residente a tiempo completo y vivo dentro de los límites incorporados de la Ciudad de Perris.

_____ Entiendo que no se incluirá asistencia por recargos por pagos atrasados.

_____ Entiendo que solo se proporcionará el monto de la factura del servicio público, hasta \$300 por mes, de asistencia por hasta tres meses.

_____ Entiendo que la asistencia será prorrateada para los hogares con no ciudadanos.

_____ Entiendo que los pagos se realizarán directamente a la compañía de servicios públicos que he proporcionado para que se acrediten en la cuenta que he enumerado.

_____ Entiendo que los fondos están disponibles por orden de llegada y el envoi de mi solicitud **NO** es una reserve de fondos. Los fondos se reservan una vez que se establece la elegibilidad y se ha verificado la documentación de respaldo complete.

_____ Entiendo que SI soy aprobado/a, pueden pasar 4 semanas DESDE LA FECHA EN QUE ENVÍO MI INFORMACIÓN DE ALQUILER / HIPOTECA para emitir el pago. La Ciudad no se hace responsable de ningún cargo por pago atrasado en el que pueda incurrir.

_____ Certifico que **no he recibido ni recibiré** asistencia de alquiler / hipoteca de la Ley CARES de ninguna otra agencia / programa. **Estoy de acuerdo en reembolsar** a la Ciudad de Perris por la asistencia si recibo asistencia de alquiler / hipoteca de la Ley CARES de otra agencia / programa.

Certificación:

Yo, _____ reconozco que la calificación para la asistencia financiada bajo el el programa CDBG-CV se basa en la residencia incorporada de la Ciudad de Perris y tiene un ingreso familiar elegible. Los niveles de ingresos que he certificado en este formulario son actuales y precisos a partir de la fecha firmada a continuación y pueden estar sujetos a una verificación adicional por parte del concesionario y/o HUD. Autorizo dicha verificación y proporcionaré documentos de respaldo adicionales según sea necesario.

Firma: _____

Fecha: _____



CITY OF PERRIS CDBG-CV ASSISTANCE PROGRAM

EMPLOYMENT VERIFICATION RELEASE FORM

To be completed by your employer / Completado por su empleador

Employer Name: _____

Address: _____
Street City State Zip

Please accept this letter as confirmation that _____
Applicant or Household Member Name

has been employed with _____ since

Start of employment date

Please complete only one option and provide the information requested.

There is no change. Employee is still employed with the company and continues to work their regular hours (does not include overtime).

EMPLOYEE'S HOURS HAVE BEEN REDUCED

Date hours were reduced: _____

Hours worked prior to date above: _____ Hours of work since date above: _____

Reduction in hours: was due to COVID-19 was NOT due to COVID-19

EMPLOYEE HAS BEEN LAID OFF/TERMINATED

Is no longer employed with the company listed above.

Date of separation: _____

Separation: was due to COVID-19 was **NOT** due to COVID-19

If employment separation was due to COVID-19, is employee be able to return to work?

No Yes, and can return on: _____ Return date unknown at this time

Person completing the form

I certify that the information I have completed on this form is true and complete to the best of my knowledge and will be used to establish eligibility for a Federal program by the U.S. Dept. of Housing & Urban Development (HUD). I understand that falsified statements on this form in any detail shall be considered cause for disqualification of assistance for the applicant.

Signature: _____

Name: _____

Title: _____

Phone Number: _____

Email: _____

If you have any questions or require further information, please do not hesitate to contact Rebecca Miranda at 951-943-5003 ext. 496 or Sara Cortés de Pavón at 951-943-5003 ext. 254.



CITY OF PERRIS

CDBG-CV UTILITY ASSISTANCE PROGRAM

APPLICATION CHECKLIST / LISTA DE VERIFICACIÓN

The following items must be submitted with your application. **INCOMPLETE APPLICATIONS WILL NOT BE ACCEPTED.**

An Employer Verification Form, that was completed by the employer, is included for every adult (18 yrs. and over) in the household.

One (1) months proof of income **before** COVID-19 affected employment from every adult (18yrs. and older) has been included. This includes, complete pay stubs, SS/SSI, Pension, Unemployment, Retirement, Disability, etc.

One (1) months proof of income **since** COVID-19 affected employment from every adult (18yrs. and older) has been included. This includes, complete pay stubs, SS/SSI, Pension, Unemployment, Retirement, Disability, etc.

A profit and loss statement to show difference of income before & since COVID-19 has been included for adults (18 yrs. and over) in the household that are self-employed.

Three (3) months recent bank statements from each adult (18 yrs. and older) has been included. Statements are complete.

Proof of current enrollment is included with this application for household adults who are full time students and will only have the first \$480 of their income counted (this does not apply to the head of household or spouse). Do not check if this does not apply

A complete W9 form is included.

My most utility bills are included.

I have included a completed and signed Letter of Explanation for items that are required but that I, or a member of my household, cannot provide.

If you have any questions or require further information, please do not hesitate to contact Rebecca Miranda at 951-943-5003 ext. 496 or Sara Cortés de Pavón at 951-943-5003 ext. 254.

This program is for individuals financially affected by COVID-19 in that their hours at work were reduced or eliminated during the on-going pandemic and are not receiving income to supplement the financial loss. As such we must have on file supporting documentation that meet federal guidelines and support this claim.

Los siguientes elementos deben presentarse con su solicitud. **NO SE ACEPTARÁN APLICACIONES INCOMPLETAS.**

Se incluye un Formulario de verificación del empleador, que fue completado por el empleador, para cada adulto (18 años o más) en el hogar.

Se ha incluido un comprobante de ingresos de un (1) mes **antes** de que COVID-19 afectara el empleo de cada adulto (18 años o más). Esto incluye, talones de pago completos, SS / SSI, Pensión, Desempleo, Jubilación, Incapacidad, etc.

Se ha incluido un comprobante de ingresos de un (1) mes **desde** que COVID-19 afectó el empleo de cada adulto (18 años o más). Esto incluye, talones de pago completos, SS / SSI, Pensión, Desempleo, Jubilación, Incapacidad, etc.

Un estado de ganancias y pérdidas para mostrar la diferencia de ingresos antes y desde COVID-19 se ha incluido para adultos (18 años y más) en el hogar que trabajan por cuenta propia.

Se han incluido tres (3) meses de extractos bancarios recientes de cada adulto (18 años o más). Las declaraciones están completas.

Esta solicitud incluye la prueba de inscripción actual para adultos del hogar que son estudiantes de tiempo completo y solo contarán los primeros \$480 de sus ingresos (esto no se aplica al jefe de familia o cónyuge). No marque si esto no aplica

Se incluye un formulario W2 completo.

Se incluye mi resumen de hipoteca o contrato de alquiler más reciente.

He incluido una Carta de Explicación completa y firmada para los artículos que se requieren pero que yo, o un miembro de mi hogar, no puedo proporcionar.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, no dude en comunicarse con Rebecca Rivera al 951-943-5003 ext. 496 o Sara Cortés de Pavón al 943-5003 ext. 254.

Este programa es para personas afectadas financieramente por COVID-19 en que sus horas de trabajo se redujeron o eliminaron durante la pandemia en curso y no reciben ingresos para complementar la pérdida financiera. Como tal, debemos tener en el archivo una documentación que cumpla con las pautas federales y respalde esta afirmación.