



## **Operation Round Up is here to help.**

### **Before you apply, here's what you need to know!**

The mission of the Operation Round Up Trust is the accumulation and disbursement of funds for charitable purposes. These funds will only be considered for those applicants **residing within the service area** of Delta-Montrose Electric Association (DMEA). They are donated to individuals and organizations for such things as food, shelter, clothing, health needs, education, the arts, etc.

Funds are donated by members of DMEA who elect to have their monthly electric bill rounded up to the next whole dollar. Funds are disbursed by the Operation Round Up Board. The board understands its responsibility to the members to be good stewards of the funds they contribute.

Currently, the Round Up Board receives approximately \$4,400 per month from DMEA Round Up participants. Many times, the board is only able to fund less than half the requests. Although the board would like to assist all applicants, the number of applications and limited resources do not allow funds to be awarded to every applicant.

DMEA has no input into the disbursement of funds and no Round Up funds are applied to any DMEA organizational expenses. Their role is only to collect Round Up funds, receive applications and pass them on to the board. They have **NO** input into the decisions of the Round Up board.

All applications must be **completely** filled out and **signed** to help the board make informed decisions. Incomplete or illegible forms will not be considered.

Funds may be used to pay electric bills; however, the Trust does not encourage this or any other practice which might be viewed as self-serving. Disbursement of funds to help pay electric bills may only happen once per applicant in any 24-month period.

The board meets once each month and reviews all submitted applications. Each application is reviewed by each board member, evaluated on its merits, and approved or denied by a majority vote of the board.

All applicants will be informed by mail of the decision of the board. The employees at DMEA are **prohibited by policy** from informing the applicants of the board's decisions.



# Caritativo Benefico de la Asociacion Electrica de Delta-Montrose

11925 6300 Rd. Montrose, CO 81401

877-687-3632

## Solicitud de Asistencia Individual y/o Familiar

### 1. SOLICITANTE

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre de Soltera o Anterior		
Direccion Fisica			Ciudad	Estado	Codigo Postal

Numero de Cuenta de DMEA: \_\_\_\_\_ Residente de la Ciudad de Delta? ( Residentes de Delta no son elegibles)  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Direccion Postal (Si es diferente a la direccion fisica)			Ciudad	Estado	Codigo Postal
Telefono de Casa	Telefono Celular	Telefono del Trabajo	Otro Telefono		
Persona de Contacto o Agencia de Referencia*	Relacion	Direccion	Numero de Telefono		

\*Incluye una carta de presentacion de la Agencia de Referencia

### 2. MIEMBROS DEL HOGAR (Cualquier persona que viva en su hogar)

Nombres Usted mismo y TODOS los miembros del hogar ±	Relacion a Usted	Edad	Ingresos o Trabajo		Empleador o Fuente de Ingresos	Empleador Telefono de Contacto:
			Si	No		
	<b>USTED</b>					

± Todos y cada uno de los miembros mayores de 18 anos sin ingresos deben agregar una declaracion escrita que explique por que no ha tenido ingresos durante los ultimos 12 meses. Incluye una explicacion de como ha cumplido con todas y cada una de las obligaciones financieras. (facturas pagadas, etc.)

**No se consideraran las solicitudes incompletas.  
POR FAVOR COMPLETE CADA SECCION**





# Caritativo Benefico de la Asociacion Electrica de Delta-Montrose

11925 6300 Rd. Montrose, CO 81401

877-687-3632

## Solicitud de Asistencia Individual y/o Familiar

### 4. FINANZAS DEL HOGAR

Ingreso Mensual	\$ Cantidad Por Mes
Sueldos / Salarios	\$
Sueldos / Salarios de otros miembros del hogar	\$
Bonificaciones, Propinas, Comisiones	\$
Programas de Asistencia, Seguro Social, Jubilacion, Pensiones y Otros Programas para TODOS los miembros del hogar. Circule todas las que apliquen: SSI, SSDI, TANF, AND, OAP, AB, WIC, LEAP	\$
Cupones de Alimentos / Food Stamps	\$
Manutencion Infantil / Child Support	\$
Devolucion de Impuestos / Tax Returns Refund	\$
Otros Programas de Asistencia y Formas de Ingresos: utilice las siguientes lineas	\$
	\$
	\$
	\$
<b>TOTAL EN INGRESOS MENSUALES</b>	\$

Gastos Mensuales	\$ Cantidad Por Mes
Hogar: Alquiler <u>        </u> Propia <u>        </u>	\$
Alimentos	\$
Servicios Publicos (electricidad, gas, agua, etc.)	\$
Asegurancas	\$
Gastos Medicos	\$
Cuentas de Cargo como tarjetas de credito o cuentas de tiendas	\$
Pagos Mensuales de Prestamos	\$
Impuestos Mensuales	\$
Otros Gastos: _____	
_____	
_____	\$
<b>TOTAL EN GASTOS MENSUALES</b>	\$

Activos (lo que tienes)	\$ Cantidad	Deudas (lo que debes)	\$ Cantidad
Dinero / Ahorros		<b>A:</b>	
Propiedad			
Lista de Todos los Vehiculos, Marca, Modelo y Ano			

**No se consideraran las solicitudes incompletas.  
POR FAVOR COMPLETE CADA SECCION**



# Caritativo Benefico de la Asociacion Electrica de Delta-Montrose

11925 6300 Rd. Montrose, CO 81401

877-687-3632

## Solicitud de Asistencia Individual y/o Familiar

### 5. CONTACTO, FIRMA Y GARANTIZO \_\_\_\_\_



- 1- Haz explicado como piensas utilizar el dinero si lo recibes?
- 2- Haz incluido documentos de respaldo como copias de facturas, avisos vencidos, recibos de pago, estimaciones de reparacion o tratamiento?
- 3- Esta completa la pagina de Finanzas de su Hogar?
- 4- Han pasado mas de 12 meses desde que recibio fondos de la Operacion Round Up?

Puede comunicarse un miembro de la Operacion Round Up con usted para obtener mas informacion o explicacion? Si\_\_\_ No\_\_\_ Numero de Telefono por la Tarde: \_\_\_\_\_

Si es aceptado, podemos usar su nombre para la publicacion? Si\_\_\_ No\_\_\_  
(Puede optar por ser anonimo. No afectara nuestra decision de ayudarlo.)

**AL FIRMAR, GARANTIZO QUE TODA LA INFORMACION EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y PRECISA Y QUE PUEDO SER RESPONSABLE POR DANOS SI ALGUNA DE LAS DECLARACIONES EN ESTA SOLICITUD ES FALSA O ENGANOSA. ADEMAS CERTIFICO QUE HE LEIDO LO SIGUIENTE:**

La informacion en esta Solicitud es para uso confidencial del Caritativo Benefico de la Asociacion Electrica Delta-Montrose y se proporciona con el proposito de recibir fondos del Benefico. Al firmar, entiendo que la informacion proporcionada es verdadera en todos los aspectos a partir de la fecha en que la Solicitud se presenta al Benefico y se confia en ella para decidir ontorgarme cualquier subvencion. Ademas, si las circunstancias cambian despues de la fecha en que se envia esta Solicitud para su consideracion y antes de que reciba fondos del Benefico, entonces tengo el deber de comunicarme con el Benefico y actualizar cualquier informacion para que en todo momento la informacion sea verdadera y correcta en todos respetos. Si se determina que cualquier declaracion es falsa, reconozco que se me pedira que reembolse al Benefico cualquier ayuda que haya recibido indebidamente y que puedo ser responsable de danos adicionales. Autorizo el Benefico a realizar todas las consultas necesarias para verificar la exactitud de las declaraciones en esta Solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Pareja

\_\_\_\_\_  
Fecha

**No se consideraran las solicitudes incompletas.  
POR FAVOR COMPLETE CADA SECCION**