

# **Ciudad de Loveland**

## **Programa de Rembolso del Impuesto a la Venta de Alimentos y Servicios Públicos 2018**

**Abril 2, 2018 – Mayo 31, 2018**

**Programa termina Mayo 31 a las 12:00 p.m.**

### **Solicitudes disponibles:**

- **Casa de Servicio a la Vecindad**  
1511 E. 11<sup>th</sup> Street
- **City of Loveland**  
500 E. Third Street  
Oficina del City Clerk  
Cobros de servicios públicos  
(con el cajero)  
[www.cityofloveland.org](http://www.cityofloveland.org)
- **Biblioteca Pública de Loveland**  
300 N. Adams Avenue



*Si desea información, llame al 342-2292*

### **Entrega solicitudes:**

#### **Preséntelo en persona a:**

**Casa de Servicio  
a la Vecindad**

**Abierto: Lunes a jueves  
Horas: 9:00 a.m. to 12:00 p.m.  
Cerrada el Día de los Caídos**

#### **Por correo a:**

**City Clerk's  
FSTRP  
City of Loveland  
500 E. Third Street  
Loveland, CO 80537**

# ¿HA PROPORCIONADO TODOS LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN?

- ☐ 1. VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA
- ☐ 2. CONFIRMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN
- ☐ 3. DECLARACIONES OFICIALES DE INGRESOS EN EL 2017

## 4. FORMULARIOS REQUERIDOS

**Todos los SOLICITANTES y MIEMBROS DEL HOGAR de 18 o más años de edad ¡DEBEN COMPLETARLOS!!**

- ☐ Formulario 1 – (Saque copias si es necesario)  
**FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INGRESOS DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE LARIMER**

**Y**

- ☐ Formulario 2 – (Saque copias si es necesario)  
**DECLARACIÓN JURAMENTADA POR BENEFICIOS PÚBLICOS**

- ☐ **SOLICITUD LLENA Y FIRMADA**



PROGRAMA DE REMBOLSO DEL IMPUESTO A LA VENTA  
DE ALIMENTOS Y SERVICIOS PÚBLICOS

Civic Center • 500 East Third Street, Suite 230

Loveland, CO 80537

(970) 342-2292

#18 - \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE REMBOLSO DEL IMPUESTO A LA VENTA DE  
ALIMENTOS Y SERVICIOS PÚBLICOS**

Todos los miembros del hogar deben vivir actualmente dentro de los límites de la ciudad de Loveland, Y deben haber vivido dentro de los límites de la ciudad de Loveland durante todo o parte del 2017.

Letra de molde legible	SOLICITANTE	Duración en la dirección	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Ingreso total del 2017	Servicios públicos verificados
Nombre					\$	
Dirección actual	Código postal					
Dirección postal	Código postal					
Dirección anterior	Código postal					
No. de teléfono						
2° ADULTO DEL HOGAR		Duración en la dirección	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Ingreso total del 2017	Servicios públicos verificados
Nombre					\$	
Dirección anterior	Código postal					
TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR		Duración en la dirección	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Ingreso total del 2017	Servicios públicos verificados
					\$	
					\$	
					\$	
					\$	
INGRESOS TOTALES DE LA FAMILIA EN EL 2017		\$				

**DECLARACIÓN:** Yo afirmo que he anotado a todos los miembros de ese hogar y que todos los miembros cumplen con los requisitos de elegibilidad y residencia actual para el Programa de Rembolso del Impuesto a la Venta de Alimentos y Servicios Públicos de la Ciudad de y que esta solicitud está completa con todos los documentos que la confirman. Yo entiendo que la Ciudad de Loveland Sólo va a procesar las solicitudes completas en el orden en que se reciban y puede que se soliciten documentos adicionales. También entiendo que yo seré descalificado permanentemente de este programa, ahora y en el futuro, si se prueba que alguna de la información en esta solicitud es fraudulenta. Yo autorizo a la Ciudad para que obtenga acceso a registros de cobros de servicios públicos para verificar la elegibilidad de mi solicitud.

X

Firma del solicitante

Fecha

SÓLO SE ACEPTAN SOLICITUDES QUE ESTÉN COMPLETAS Y SERÁN PROCESADAS EN EL ORDEN EN QUE SE RECIBAN  
**Permita que pasen 8 semanas para el trámite**

**TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR DEBEN VIVIR ACTUALMENTE DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA CIUDAD DE LOVELAND Y DEBEN HABER VIVIDO DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA CIUDAD DE LOVELAND DURANTE TODO O PARTE DEL 2017.**



Marque las casillas apropiadas. Se requieren **COPIAS** de los documentos.

**1. VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA**

- ☐ Los servicios públicos están a mi nombre (se debe verificar e imprimir al momento de la solicitud). Todas las cuentas finales de los servicios públicos deben haber sido pagadas para ser elegibles. ○
- ☐ Los servicios públicos no están a mi nombre (provea por lo menos uno de los siguientes)
- Acuerdo de arriendo/renta de 2017, indicando todos los meses del 2017 en los que los miembros de la familia vivieron dentro de los límites de la ciudad de Loveland. ○
  - Recibos por pago de renta de cada mes del 2017. ○
  - Verificación oficial del dueño declarando la dirección, los inquilinos y las fechas de residencia en 2017.

**2. VALIDACIÓN DE IDENTIFICACIÓN los requisitos de identificación para los niños están abajo:**

- ☐ Identificación válida y al día; **cada** miembro del hogar de 18 años o más de edad DEBE proveer por lo menos una:
- Licencia para manejar válida y al día de Colorado o tarjeta de identificación de Colorado. ○
  - Licencia para manejar válida de fuera del estado.  
(Con la excepción de AK, HI, IL, MD, MI, NE, NM, NC, OR, TN, TX, UT, VT, WI) ○
  - Acta de nacimiento origina de cualquier estado de los Estados Unidos. ○
  - Pasaporte válido y al día de los EE.UU. ○
  - Tarjeta militar de los EE.UU. o tarjeta de identificación militar de un dependiente. ○
  - Tarjeta de identificación de la Guardia Costera o la Marina Mercante de los EE.UU. ○
  - Documento tribal de Indígena Norteamericano.

**NIÑOS menores de 18 años de edad – Tarjeta del Seguro Social O acta de nacimiento O estar anotados en la declaración de impuestos federal del 2017**

**3. DECLARACIONES OFICIALES DE INGRESOS DEL 2017 PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

- ☐ Declaraciones de impuestos del 2017, si las presentó. **Y/O**
- ☐ W-2(s) para todos los ingresos del 2017. **Y/O**
- ☐ Declaración de Beneficios del 2017 expedida por el Seguro Social, tales como, S.S.I., S.S.D.I. **Y/O**
- ☐ Ingresos en el 2017 por intereses, dividendos, ingresos de acciones, pensiones, y beneficios de VA. **Y/O**
- ☐ Manutención infantil, pensión conyugal, mantenimiento, declaraciones de ingresos totales por desempleo, o declaraciones de Compensación de Trabajadores por seguro de responsabilidad civil en el 2017.

**Normas de ingresos del 2017 establecidas por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos.**

**\*NOTA:** Basándose en residencia parcial del año y/o haber recibido estampillas de comida, los reembolsos serán prorrateados.

Miembros del hogar	Ingresos Brutos del hogar son menos de	*Reembolso del impuesto a la venta de alimentos	Reembolso de servicios públicos del hogar
1	\$26,900	\$93	\$40
2	\$30,750.	\$188	\$40
3	\$34,600.	\$284	\$40
4	\$38,400.	\$373	\$40

**4. FORMULARIOS QUE SE REQUIEREN ¡Todos los SOLICITANTES y MIEMBROS DEL HOGAR mayores de 18 años de edad DEBEN COMPLETAR LOS DOS!**

- ☐ **FORMULARIO 1 – AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INGRESOS DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE LARIMER **Y****
- ☐ **FORMULARIO 2 – DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA BENEFICIOS PÚBLICOS**

**FORMULARIO 1 (1<sup>er</sup> adulto en el hogar)**

#18 - \_\_\_\_\_

**Todos los SOLICITANTES y MIEMBROS DEL HOGAR mayores de 18 años de edad DEBEN COMPLETARLO.****AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INGRESOS DE SERVICIOS  
HUMANOS DEL CONDADO DE LARIMER**\_\_\_\_\_  
Apellido(s)\_\_\_\_\_  
Primer nombre\_\_\_\_\_  
Segundo\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Por la presente autorizo a Servicios Humanos del Condado de Larimer para que divulgue información sobre el total de estampillas de comida que recibí en el 2017 a la Ciudad de Loveland o a su designado para usarlo para determinar elegibilidad para el Programa de reembolso del impuesto a la venta de alimentos y servicios públicos.

**X**\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante\_\_\_\_\_  
Fecha**(adicional declaración juramentada que se requiere por atrás)****FORMULARIO 1 (2<sup>o</sup> adulto en el hogar)**

#18 - \_\_\_\_\_

**Todos los SOLICITANTES y MIEMBROS DEL HOGAR mayores de 18 años de edad DEBEN COMPLETARLO.****AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INGRESOS DE SERVICIOS  
HUMANOS DEL CONDADO DE LARIMER**\_\_\_\_\_  
Apellido(s)\_\_\_\_\_  
Primer nombre\_\_\_\_\_  
Segundo\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Por la presente autorizo a Servicios Humanos del Condado de Larimer para que divulgue información sobre el total de estampillas de comida que recibí en el 2017 a la Ciudad de Loveland o a su designado para usarlo para determinar elegibilidad para el Programa de reembolso del impuesto a la venta de alimentos y servicios públicos.

**X**\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante\_\_\_\_\_  
Fecha**(adicional declaración juramentada que se requiere por atrás)**

## FORMULARIO 2 (1<sup>er</sup> adulto en el hogar)

**Todos los SOLICITANTES y MIEMBROS DEL HOGAR mayores de 18 años de edad DEBEN COMPLETARLO.**

### DECLARACIÓN JURAMENTADA POR BENEFICIOS PÚBLICOS

Yo juro o afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Colorado que: **(marque una)**

- ☒ **Yo soy ciudadano(a) de los Estados Unidos.**  
(Debe proveer identificación válida)
- ☐ **Yo soy un residente permanente legal de los Estados Unidos.**  
(Debe proveer tarjeta de registro de extranjero e identificación válida)
- ☐ **Yo estoy presente de manera legítima en los Estados Unidos de acuerdo con la ley federal.**  
(Debe proveer tarjeta de registro de extranjero e identificación válida)

Yo entiendo que esta declaración bajo juramento se requiere por ley porque yo he solicitado un beneficio público. Yo entiendo que la ley del estado requiere que yo provea pruebas que yo estoy en los Estados Unidos de manera legítima antes de recibir este beneficio público. Adicionalmente yo reconozco que hacer una representación o declaración fraudulenta, ficticia, o falsa en esta declaración bajo juramento es sancionable bajo las leyes criminales de Colorado como perjurio en el segundo grado bajo el Estatuto Revisado de Colorado 18-8-503 y cada vez que se reciba un beneficio público de manera fraudulenta constituirá una ofensa criminal aparte.

**X**

**Firma del solicitante**

**Fecha**

**(saque copias adicionales si es necesario)**

C.R.S. 24-76.5-103 Rev. 08/15

## FORMULARIO 2 (2° adulto en el hogar)

**Todos los SOLICITANTES y MIEMBROS DEL HOGAR mayores de 18 años de edad DEBEN COMPLETARLO.**

### DECLARACIÓN JURAMENTADA POR BENEFICIOS PÚBLICOS

Yo juro o afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Colorado que: **(marque una)**

- ☒ **Yo soy ciudadano(a) de los Estados Unidos.**  
(Debe proveer identificación válida)
- ☐ **Yo soy un residente permanente legal de los Estados Unidos.**  
(Debe proveer tarjeta de registro de extranjero e identificación válida)
- ☐ **Yo estoy presente de manera legítima en los Estados Unidos de acuerdo con la ley federal.**  
(Debe proveer tarjeta de registro de extranjero e identificación válida)

Yo entiendo que esta declaración bajo juramento se requiere por ley porque yo he solicitado un beneficio público. Yo entiendo que la ley del estado requiere que yo provea pruebas que yo estoy en los Estados Unidos de manera legítima antes de recibir este beneficio público. Adicionalmente yo reconozco que hacer una representación o declaración fraudulenta, ficticia, o falsa en esta declaración bajo juramento es sancionable bajo las leyes criminales de Colorado como perjurio en el segundo grado bajo el Estatuto Revisado de Colorado 18-8-503 y cada vez que se reciba un beneficio público de manera fraudulenta constituirá una ofensa criminal aparte.

**X**

**Firma del solicitante**

**Fecha**

**(saque copias adicionales si es necesario)**

C.R.S. 24-76.5-103 Rev. 08/15