

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA CON EL PAGO DE ENERGÍA PARA FAMILIAS DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)

Para solicitar asistencia con el pago de energía tiene que contestar todas las preguntas del frente y dorso y firmar en donde se encuentra la "X" roja. Corrija y complete el nombre y la dirección indicados abajo. Si la información es incorrecta, táchela y **ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA** la información correcta en el espacio proporcionado abajo. **TAMBIÉN PUEDE LLENAR SU SOLICITUD EN LÍNEA EN WWW.COMPASS.STATE.PA.US**

Su nombre y dirección

▲ Dirección de su Oficina de Asistencia del Condado ▲

Si no entiende estas instrucciones, comuníquese con la oficina local de asistencia del condado.

1 Complete esta sección si su nombre y dirección no aparecen arriba o si la información es incorrecta.

NOMBRE	INICIAL 2º	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN		APARTAMENTO	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

2 ¿En qué idioma prefiere comunicarse? _____

3 Teléfono de contacto ▶ () _____ Ninguno Tel. alternativo ▶ () _____ Ninguno

4 ¿Le interesan los servicios de acondicionamiento del hogar para la conservación de energía? Sí No Los servicios de acondicionamiento del hogar incluyen impermeabilización del hogar y reparación o reemplazo del sistema de calefacción.

5 Anote los nombres de las personas que viven con usted. Comience con usted. Incluya a todos los niños y adultos. Incluya a sus inquilinos con parentesco. Incluya a sus inquilinos que no tienen parentesco pero comparten los gastos del hogar.

Use los códigos indicados abajo para ayudarlo a proporcionar los detalles de todos los individuos de su hogar. Use hojas adicionales, si es necesario. Si no tiene número de seguro social o tiene una razón por la que no desea proporcionarlo, complete la declaración jurada de asistencia con el pago de energía de la página 4.

CIUDADANÍA: (1) Ciudadano de E.U.A. (2) Extranjero permanente, (3) Extranjero temporal, (4) Refugiado, (5) Otro que no califica para recibir beneficios (todas las personas que no son ciudadanos tienen que proporcionar comprobante de situación migratoria.)

RAZA (opcional): (1) Negro o afroamericano, (3) Amerindio o nativo de Alaska, (4) Asiático, (5) Caucásico, (6) Otro, (7) Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico

ETNIA (opcional): (1) No hispano, (2) Hispano o latino

NOMBRE (apellido, nombre, inicial)	Fecha de nacimiento	Sexo		Número de seguro social	Ciudadanía	Raza (opcional)	Etnia (opcional)	Parentesco con usted
		M	F					
								USTED

Número de habitantes en el hogar ▶

Solicite en línea en www.compass.state.pa.us

SÓLO PARA DPW

CRISIS EFECTIVO

Núm. reg. solicitud

Condado

Distrito

Núm. registro

Núm. caso

Rechazada Aprobada

Fecha

6

¿Algún miembro de su hogar recibe asistencia económica debido a una discapacidad?

 Sí No

7

Información sobre los ingresos de los miembros de su hogar.

Incluya todos los ingresos antes de impuestos y deducciones.

Nombre de la persona que tiene ingresos	Tipo de ingresos	¿Cuánto al mes?
Nombre de la persona que tiene ingresos	Tipo de ingresos	¿Cuánto al mes?
Nombre de la persona que tiene ingresos	Tipo de ingresos	¿Cuánto al mes?
Nombre de la persona que tiene ingresos	Tipo de ingresos	¿Cuánto al mes?

Los ingresos incluyen dinero por concepto de: trabajo, beneficios de veterano, compensación por desempleo, beneficios por neumooniosis, Seguro Social, manutención, compensación laboral, intereses/dividendos, ingresos de alquiler, etc.

Utilizaremos la información de ingresos que usted nos proporcione para determinar cuánto gana en un año. Envíe uno de los siguientes:

Si recibe un ingreso mensual regular, por ejemplo Seguro Social, pensión, salario u otro ingreso, envíe una copia de un cheque o estado de cuenta que muestre cuánto recibe cada mes.

Envíe recibos de haberes de 3 meses si su ingreso no cambia mucho de mes a mes.

Envíe recibos de haberes de los últimos 12 meses si su ingreso cambia con frecuencia.

8

Usted

Renta, sin incluir calefacción

Es propietario o está en proceso de comprar una casa

Renta e incluye la calefacción

Renta una casa subsidiada/sección 8 con calefacción incluida

Renta una habitación

Otra: _____

9

¿Cuál es su principal fuente de calefacción?

Electricidad

Carbón

Queroseno

Leña/otra

Gasóleo

Gas natural

Gas propano o de tanque

Esta pregunta es sobre su fuente principal de calefacción, la que calienta su casa. Adjunte una copia de su última factura.

Si no tiene facturas anteriores, pero pagará su propia calefacción, adjunte una carta de la compañía de luz o de combustible que indique el tipo de combustible y que ha sido aceptado como cliente.

Si la calefacción se incluye en la renta, adjunte una nota del dueño que indique que la calefacción está incluida en la renta y el tipo de combustible que se usa.

Conteste la pregunta 10 solamente si quiere que el pago se le envíe al proveedor de su segunda fuente de calefacción. La segunda fuente de calefacción se utiliza para operar la primera fuente de calefacción (además de la primera fuente) o si la primera fuente no funciona.

10

¿Cuál es su segunda fuente de calefacción? si corresponde

Electricidad

Carbón

Queroseno

Leña/otra

Gasóleo

Gas natural

Gas propano o de tanque

Adjunte una copia de su último recibo de su primera y segunda fuente de calefacción.

11

Anote el nombre y la dirección de la compañía de servicios públicos o del distribuidor de combustible al que desea que se le envíe el pago.

(Indique el nombre de la compañía de servicios públicos o del proveedor de combustible)

(Número de cuenta)

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

INSCRIPCIÓN EN EL PADRÓN ELECTORAL

Si usted o algún otro adulto de su hogar no se ha inscrito en el padrón electoral de donde vive ahora, ¿desea(n) inscribirse? Sí No
 Si la respuesta es sí, anote los nombres abajo. SI NO MARCA "SÍ" O "NO", O NO DEVUELVE ESTE FORMULARIO, ESTÁ ELIGIENDO NO INSCRIBIRSE AHORA EN EL PADRÓN ELECTORAL.

Para inscribirse debe: 1) Tener por lo menos 18 años el día de la siguiente elección; 2) Ser ciudadano de los Estados Unidos por lo menos durante un mes ANTES DE LA SIGUIENTE ELECCIÓN; 3) Residir en Pennsylvania y en el distrito electoral por lo menos treinta días antes de la siguiente elección.

No. LÍNEA SÓLO CAO	APELLIDO	NOMBRE	No. LÍNEA SÓLO CAO	APELLIDO	NOMBRE

SUS BENEFICIOS NO SE VERÁN AFECTADOS SI SE INSCRIBE O NO SE INSCRIBE.

Si necesita ayuda para completar el formulario de inscripción en el padrón electoral, nosotros le ayudaremos. Usted decide si desea buscar o aceptar ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si necesita ayuda, llame a la Unidad Central. Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a votar o a no registrarse en el padrón electoral, su derecho a la privacidad en decidir si desea registrarse o solicitar registrarse en el padrón electoral, o en su derecho a elegir su partido político o preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario del Estado de PA: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Teléfono sin cargo: 1-877-VOTESPA.)

NO ESCRIBA AQUÍ: SÓLO PARA LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO

<input type="checkbox"/> Entregada al cliente __/__/__	<input type="checkbox"/> Se envió al padrón electoral __/__/__	<input type="checkbox"/> Se le envió al cliente __/__/__
<input type="checkbox"/> La rechazó o no le interesó __/__/__	<input type="checkbox"/> No es ciudadano __/__/__	<input type="checkbox"/> Rechazado; ya está inscrito __/__/__

Declaración

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Por medio de mi firma en esta solicitud autorizo que el Departamento de Bienestar Público o su agente autorizado: (a) verifique la información que proporcione sobre dónde vivo, mis trabajos, ingresos, recursos, suministro y proveedor de energía; (b) investigue sobre los costos de mi vivienda, calefacción y uso de calefacción y (c) complete cualquier encuesta en relación con la asistencia de energía. 2. Yo autorizo la entrega de mi información a dependencias aprobadas que proporcionan otros tipos de asistencia para el pago de energía y acondicionamiento de la vivienda para la conservación de energía para las que yo podría calificar. 3. Declaro, quedando sujeto a las penas dispuestas por ley, que la información proporcionada es correcta y completa a mi mejor saber y entender. 4. Sé que si proporciono información falsa puedo ser sancionado con una multa y/o encarcelación. 5. Al firmar esta solicitud confirmo que entiendo que es posible que no califique si se acaba el dinero de LIHEAP. 6. Si no proporciona un número de seguro social o una | <p>declaración jurada al Programa de asistencia de energía, dejará de calificar para los beneficios.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Entiendo que tengo el derecho de apelar cualquier decisión o retraso indebido sobre la decisión que yo considere inapropiada en lo relativo a esta solicitud. 8. Yo afirmo que resido legalmente en Pennsylvania. 9. Entiendo que los números de seguro social que proporcioné serán utilizados para la administración de este programa, incluidas las referencias cruzadas con otros programas. 10. Entiendo que se me informará por medio de un aviso si califico o no califico y, de ser así, se indicará la cantidad de mi beneficio. 11. Entiendo que si mi hogar califica para el beneficio en efectivo de LIHEAP, tendrá que ser enviado directamente a mi proveedor de servicios públicos o de combustible a menos que yo rente y mi calefacción esté incluida en la renta o mi combustible sea suministrado por un proveedor de combustible que no acepta ese tipo de pago. |
|--|--|

Firme aquí con tinta

X

Firma

Fecha

**PARA
USO DE
DPW**

Firma del empleado

Fecha

Firma autorizada

Fecha

No olvide hacer lo siguiente...

- Enviar comprobante de todos los ingresos del hogar.
- Enviar comprobante de responsabilidad del pago de la calefacción (*copia de una factura, recibo, copia del contrato de arrendamiento, nota del propietario*)
- Nota:** Si desea que el pago se le envíe al segundo proveedor de calefacción, adjunte una copia de sus cuentas de calefacción primaria y secundaria.
- Complete toda la información requerida y escriba con letra legible.
- Proporcione los números de seguro social de **todos** los miembros al hogar o complete la declaración del programa de asistencia de energía indicada abajo.
- Envíe el sobre a la oficina local de asistencia del condado.
- Firme y feche la solicitud.
- Envíe comprobante de situación migratoria, si corresponde.

DECLARACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA

Yo, _____ de _____
(nombre y apellido) (dirección)

_____, el presente día _____ de

_____, completé una solicitud de asistencia económica ante el

Departamento de Bienestar Público de conformidad con el programa de asistencia de energía.

El Departamento de Bienestar Público me ha solicitado mi número de seguro social para verificar que no se ha cometido fraude o que no hay duplicación de pagos y por medio del presente declaro lo siguiente:

A mi leal saber y entender, no tengo número de Seguro Social y, por lo tanto, no puedo cumplir con la petición del Departamento.

Estoy ejerciendo mis derechos de conformidad con la Sección 7 de la Ley de Privacidad de 1974 y me rehúso a proporcionar mi número de seguro social.

Firma del solicitante

Firma del empleado