

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA PARA ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)

Para solicitar el beneficio de asistencia para energía, debe completar todas las preguntas del frente y reverso y firmar donde está la "X" de color rojo. Asegúrese de que su nombre y dirección completos estén escritos correctamente a continuación. En caso de no estar escritos correctamente, tache y ESCRIBALOS correctamente con letra de imprenta en el espacio provisto a continuación. **TAMBIEN PUEDE SOLICITAR EL BENEFICIO EN LINEA EN WWW.COMPASS.STATE.PA.US.**

SU NOMBRE Y DIRECCIÓN

Dirección de su Oficina de Asistencia del Condado

Si no comprende estas instrucciones, comuníquese con la oficina de asistencia del condado de su área.

1 Complete esta sección con los datos del jefe del grupo familiar.

*Use los códigos de la página 2 para ayudar a proporcionar los detalles.

Nombre (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	
Dirección particular (incluya calle y número, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4)					
Dirección postal, si es diferente (incluya calle, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4)					
Condado en el que reside	Número de teléfono: ()	Ciudadanía*	Raza (opcional)*	Grupo étnico (opcional)*	Estado civil*
¿Recibe beneficios del programa SNAP, Asistencia Médica o Asistencia Monetaria en la actualidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿podemos usar los ingresos suyos que constan en nuestros archivos para esta solicitud?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2 ¿Lee, escribe y entiende el idioma inglés? Sí No

Si la respuesta es no, ¿qué idioma lee, escribe y entiende? _____

3 Usted:

<input type="checkbox"/> alquila y los gastos de calefacción están incluidos	<input type="checkbox"/> alquila una vivienda subsidiada/del programa "Section 8" con gastos de calefacción incluidos
<input type="checkbox"/> alquila y los gastos de calefacción no están incluidos	<input type="checkbox"/> alquila una vivienda subsidiada/del programa "Section 8" con gastos de calefacción no incluidos
<input type="checkbox"/> vive con este grupo familiar sin ser pariente	<input type="checkbox"/> es propietario o está comprando su vivienda <input type="checkbox"/> Otros: _____

Si el gasto de calefacción está incluido en su alquiler, adjunte una nota del propietario que le alquila la vivienda en la que declare que el gasto de calefacción está incluido, así como el tipo de combustible utilizado.

4 ¿Cuál es su fuente principal de calefacción? **Escoja el tipo de energía que calienta su casa o que se está usando si su fuente de calor no funciona. Adjunte una copia de su último recibo o una carta de la compañía de luz o combustible que indique el tipo de combustible y que usted ha sido aceptado como cliente.**

Electricidad Gasóleo Carbón Gas natural Querosén Gas propano o envasado Combustibles mixtos Madera/Otros

4a ¿Necesita electricidad para el funcionamiento de su fuente de calor principal (calor secundario)? Sí No

5 Marque si algo de lo siguiente se aplica y explique si es necesario:

<input type="checkbox"/> Servicio de electricidad suspendido	<input type="checkbox"/> Tiene un aviso de suspensión para la electricidad	<input type="checkbox"/> La fuente de calor principal no funciona
<input type="checkbox"/> Servicio de gas suspendido	<input type="checkbox"/> Tiene un aviso de suspensión para el gas	Explique: _____
<input type="checkbox"/> Se acabó el combustible	<input type="checkbox"/> Se acabará el combustible en 15 días	_____

DHS USE ONLY

CRISIS CASH

Application Registration Number _____

County _____

District _____

Record Number _____

Worker I.D. _____

Rejected Approved

Date _____



6

Escribir el nombre, la dirección, el número de cuenta y el nombre de la cuenta de la empresa de servicios públicos o empresa distribuidora de combustible a la que desea enviarle el pago.

Nombre de la empresa proveedora del servicio público o del proveedor de combustible	Número de cuenta
Dirección (incluya calle y número, ciudad, estado y código postal+4)	Nombre en la cuenta

7

Indique el nombre de su compañía de electricidad si no figura abajo.

Nombre de la empresa de electricidad	Número de cuenta
--------------------------------------	------------------

8

¿Usa usted otra fuente de calor en su hogar? Sí No

Si respondió **que sí**, explique: _____

9

Si vive en una vivienda subsidiada/pública, ¿recibe un cheque en concepto de asignación por servicios públicos? Sí No
Si la respuesta **es sí**, ¿cuánto recibe? \$ _____

10

¿Alguien en su grupo familiar recibe asistencia económica por una discapacidad? Sí No

Si la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

11

Enumere las personas que viven con usted en esta dirección. Incluya a todos los niños y adultos. Incluya a las personas que son parientes. Incluya a todas las personas que no son parientes, pero que comparten los gastos del grupo familiar. No incluya a ninguna persona que esté en la cárcel/prisión. No incluya al miembro del grupo familiar indicado en el bloque 1. **Lea las instrucciones en la última página.**

Use los códigos a continuación para ayudar a proporcionar los detalles para cada persona en su grupo familiar.

CIUDADANÍA*: (1) Ciudadano de los Estados Unidos, (2) Extranjero residente permanente, (3) Extranjero residente temporal, (4) Refugiado, (5) Otros –no elegibles para recibir beneficios (Quienes no son ciudadanos de los EE.UU. deben proporcionar comprobantes de su estado migratorio.)

RAZA*: (opcional) (1) Negra o afroamericana, (3) Indígena norteamericana o nativa de Alaska, (4) Asiática, (5) Blanca, (7) Nativa de Hawái u otra de las Islas del Pacífico. Liste todos los grupos que correspondan.

GRUPO ÉTNICO*: (opcional) (1) No hispano, (2) Hispano o latino

ESTADO CIVIL*: (1) Soltero/a, (2) Casado/a, (3) Unión de hecho, (4) Separado/a, (5) Divorciado/a, (6) Viudo/a

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo M/F	Número de Seguro Social	Ciudadanía*	Raza* (opcional)	Grupo étnico* (opcional)	Estado civil *	Relación con usted
Persona 1								
¿Esta persona recibe beneficios en efectivo, de MA o SNAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Si la respuesta es sí, ¿podemos usar los ingresos suyos que constan en nuestros archivos para esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Persona 2								
¿Esta persona recibe beneficios en efectivo, de MA o SNAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Si la respuesta es sí, ¿podemos usar los ingresos suyos que constan en nuestros archivos para esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Persona 3								
¿Esta persona recibe beneficios en efectivo, de MA o SNAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Si la respuesta es sí, ¿podemos usar los ingresos suyos que constan en nuestros archivos para esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Persona 4								
¿Esta persona recibe beneficios en efectivo, de MA o SNAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Si la respuesta es sí, ¿podemos usar los ingresos suyos que constan en nuestros archivos para esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Si viven otras personas en su hogar, proporcione la información correspondiente de dichas personas en una hoja de papel adicional y envíela junto con esta solicitud.



Si su respuesta fue sí a todo en la pregunta 11, pase a la pregunta 13. Si su respuesta fue no para alguien en la pregunta 11, complete la pregunta 12 para esa persona.

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

- 12 Proporcione información sobre los ingresos de las personas de su grupo familiar.** Proporcione información sobre todos los ingresos, antes de impuestos y deducciones. **Los tipos/fuentes de ingresos incluyen dinero proveniente de:** empleo, beneficios para veteranos, compensación por desempleo, beneficios por neumociosis o pulmón negro, Seguro Social, sostén económico o manutención, compensación a trabajadores, intereses/dividendos, ingresos de alquileres.

Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?

Usaremos la información sobre ingresos que nos proporcione para ver cuánto gana en un año. Envíe uno de los siguientes:

- **Envíe comprobantes de ingresos del mes anterior. (Por ejemplo: si presenta su solicitud en noviembre, envíelos de octubre. Estos ingresos se convertirán a una cifra anual).**
- **Si tuvo cambios importantes en sus ingresos en los últimos 12 meses (períodos de desempleo, cambios de trabajo, trabajo por temporada, etc.), envíe comprobantes de sus ingresos de los últimos 12 meses.**
- **Si no tuvo ningún ingreso el mes pasado, o si su ingreso es menor que el costo de sus necesidades básicas de mantenimiento mensual, debe informarnos por escrito cómo paga sus necesidades básicas de mantenimiento (comida, vivienda, artículos personales, etc.).**
- **Los comprobantes de ingresos incluyen: talones de pago de nómina, cartas de otorgamiento de beneficios, declaraciones de empleadores, etc.**

- 13** ¿Le interesa ser remitido a un servicio de climatización gratuito? Los servicios de climatización incluyen aislamiento térmico de la vivienda y reparación o reposición del sistema de calefacción. Sí No

- 14** ¿Está usted, o alguna persona de su grupo familiar, fugándose para evitar acciones legales o ser detenido por un delito, o por un intento de delito que sería clasificado como un delito grave? Sí No

Si la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

- 15** ¿Alguna de las personas está o ha estado en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

Si la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

¿Alguna de las personas es la viuda, cónyuge o hijo/a (menor de 18 años de edad) de alguien que esté o haya estado en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.?

Sí No

Si la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

Certificación

- Mediante mi firma en esta solicitud le doy mi permiso al Departamento de Servicios Humanos (DHS) o a su agente autorizado para: (a) verificar cualquier información que proporcione relativa a mi residencia, mis empleos, ingresos, recursos, suministro de energía y proveedor de energía; (b) compartir información con mi proveedor de energía y recibir la información de mi proveedor de energía para permitir que el DHS obtenga un registro de mi información anual del consumo de energía, el costo y la facturación a efectos de la evaluación de programas, el funcionamiento o la elaboración de informes; y (c) completar encuestas relacionadas con la asistencia para energía.
- Si no proporciona un número de Seguro Social o no completa el affidavit (o declaración jurada) de asistencia para energía a continuación, usted no es elegible para recibir los beneficios.
Affidávit de asistencia de energía
Certifico que: (marque todas las opciones que correspondan)
 Proporcioné los números de Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar.
 A mi leal saber y entender, estos miembros del grupo familiar no tienen números de Seguro Social:
- Autorizo la divulgación de la Información de elegibilidad de LIHEAP a mis proveedores de energía o agencias de aclimatación o que ellos la divulguen con el fin de puedan solicitar asistencia, para la cual yo pueda ser elegible. La asistencia puede comprender recibir los beneficios de dinero en efectivo, de crisis o de aclimatación de LIHEAP.
- Entiendo que tengo el derecho de apelar cualquier decisión o demora excesiva en la decisión que considere incorrecta con respecto a esta solicitud.
- Declaro que mi residencia legal es en Pennsylvania.
- Entiendo que el/los número(s) de Seguro Social provisto(s) será(n) utilizado(s) en la administración de este programa, incluyendo las referencias cruzadas con otros programas.
- Entiendo que me enviarán una notificación de aprobación o de no denegación y que, si soy aprobado, dicha notificación indicará la cantidad de mi beneficio.
- También entiendo que si mi grupo familiar es aprobado para recibir un beneficio en efectivo del programa LIHEAP, el dinero se enviará directamente a la empresa que me provee los servicios públicos o al proveedor de combustible, a menos que yo sea inquilino/ arrendatario y que el gasto de calefacción esté incluido en el alquiler, o que el combustible sea proporcionado por un proveedor que no acepta pago a proveedores.
- Certifico que, sujeto a las penalizaciones previstas por ley, la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa.
- Sé que si proporciono información falsa, puedo ser penado con multa o prisión.
- Entiendo, al firmar esta solicitud, que quizás no sea aprobado debido a que el dinero del programa LIHEAP se haya agotado.

Firme aquí – Use tinta

Nombre en letra de imprenta

Nombre en letra de imprenta

Nombre en letra de imprenta

Nombre en letra de imprenta

- Los siguientes miembros del grupo familiar, en ejercicio de sus derechos según la Sección 7 de la Ley de Privacidad de 1974, se niegan a divulgar sus números de Seguro Social o no pueden hacerlo por ser víctimas de violencia doméstica:

Nombre en letra de imprenta

Nombre en letra de imprenta

Nombre en letra de imprenta

Nombre en letra de imprenta

X

Firma

Fecha

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

Recordatorio...

****A partir del 1 de noviembre de 2016, si usted está sin calefacción o en peligro de quedarse sin calefacción, comuníquese con la CAO de su área.**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Completar toda la información requerida de manera clara y completa. | <input type="checkbox"/> Enviar comprobantes de todos los ingresos del grupo familiar. |
| <input type="checkbox"/> Proporcionar los números de Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar o completar el affidavit (o declaración jurada) de asistencia para energía incluida en la sección Certificación en la página 3. | Por ejemplo: si presenta su solicitud en noviembre de 2016 y envía: |
| <input type="checkbox"/> Enviar comprobantes de su situación migratoria si usted no es ciudadano de los EE.UU. | a) un mes de ingresos, envíe el comprobante de octubre de 2016. |
| <input type="checkbox"/> Enviar una copia del contrato de alquiler o una declaración escrita y firmada por su arrendador explicando cómo paga los gastos de calefacción, si usted alquila y los gastos de calefacción están incluidos. | b) 12 meses de ingresos, envíe los comprobantes desde noviembre de 2015 hasta octubre de 2016. |
| <input type="checkbox"/> Enviar una factura de su fuente principal de calefacción, si usted paga los gastos de calefacción. Adjunte una copia de su factura de servicios públicos cuya fecha no supere los 2 meses contados desde la fecha en que presenta su solicitud. Para otros combustibles, proporcione una factura/recibo cuya fecha sea posterior al 1 de enero de 2016. | LOS COMPROBANTES INCLUYEN TALONES DE PAGO DE NÓMINA, CARTAS DE OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS, DECLARACIONES DE EMPLEADORES, ETC. |
| <input type="checkbox"/> Si desea que se envíe el pago a su proveedor de calefacción secundaria, adjunte una copia de sus facturas de calefacción principal Y secundaria. | <input type="checkbox"/> Enviar una declaración explicando cómo su grupo familiar paga las necesidades básicas de mantenimiento (comida, alquiler, etc.), en caso de que nos haya informado que no tiene ingresos o que sus ingresos son inferiores al costo de sus necesidades básicas de mantenimiento. |
| | <input type="checkbox"/> Firmar y fechar su solicitud. |
| | <input type="checkbox"/> Enviar por correo su solicitud completa y todos los documentos a la oficina de asistencia del condado de su área. Si no está seguro dónde está esto, llame al 1-866-857-7095. |

SI NO ENVÍA LOS COMPROBANTES QUE NECESITAMOS JUNTO CON ESTE FORMULARIO, NO PODREMOS PROCESAR SU SOLICITUD.

Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? Sí No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de inscripción para votar, podemos ayudarlo. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA)

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__ | <input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__ | <input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__ | <input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__ | <input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__ |



COMPASS

HAGA CLIC. SOLICITAR. BENEFICIO.

Si tiene una discapacidad y necesita esta solicitud impresa con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra línea de ayuda al número **1-800-692-7462**. Para servicios de TDD, llame al número **1-800-451-5886**.

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