

6

¿Qué compañía de servicios públicos o proveedor de combustible desea usted que reciba su subsidio LIHEAP?

Especifique el nombre y dirección y la información de su cuenta.

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 arriba.

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 para 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. **Vea recordatorio de la página 4.**

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) Negro o afroamericano, (3) Indígena norteamericano o nativa de Alaska, (4) Asiático, (5) Blanco, (7) Nativo de Hawái u otra raza 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								

Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? Sí No

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 2								

Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? Sí No

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 3								

Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? Sí No

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 4								

Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? Sí 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.

¿Está utilizando los ingresos que alguien tiene registrados en su expediente? No necesita mencionar dicha persona ni sus ingresos en la pregunta 12.

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 neumoconiosis o pulmón negro, Seguro Social, manutención, compensación a trabajadores, intereses/dividendos, ingresos de alquileres. **Vea recordatorio de la página 4.**

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?

13 ¿Le interesa el servicio gratuito de aclimatación? Los servicios de aclimatación incluyen colocar aislamiento en el hogar y la evaluación del sistema de calefacción. Sí No

14 ¿Está usted, o alguna persona de su grupo familiar, fugándose para evitar acciones legales o para evitar 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 la declaración jurada de asistencia para energía a continuación, usted no es elegible para recibir los beneficios.
Declaración jurada 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 que 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 referencias cruzadas con otros programas.
- Entiendo que me enviarán una notificación de aprobación o de 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.
- Si su hogar es elegible para LIHEAP, puede recibir un formulario de consentimiento Vía Rápida por correo que podría permitir que usted y los integrantes de su hogar se inscriban automáticamente en Asistencia Médica.

Firme aquí – Use tinta

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...

- Completar toda la información requerida de manera clara y completa.
 - Proporcionar los números de Seguro Social de **todos** los miembros del grupo familiar o completar el declaración jurada de asistencia para energía incluida en la sección Certificación en la página 3.
 - Enviar comprobantes de su situación migratoria si usted no es ciudadano de los EE.UU.
 - 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.
 - Si usted paga por su calefacción, envíe una factura de su fuente principal de calefacción. Adjunte una copia de su factura de servicios públicos fechada en un plazo de 2 meses de la fecha en que usted presentó su solicitud. Para otros combustibles debe proporcionar una factura/recibo de una compra a partir de enero de la temporada de calefacción anterior a la presente.
 - Si desea que se envíe el pago a su proveedor de calefacción secundaria, adjunte una copia de sus facturas de calefacción principal Y secundaria.
 - Enviar comprobantes de todos los ingresos del grupo familiar.
- Ejemplo:** Si solicita en noviembre y envía:
- a) un mes de ingresos - enviar prueba para octubre, el mes anterior a la solicitud.
 - b) 12 meses de ingresos - enviar prueba de noviembre del año anterior a octubre del año en curso.
- LOS COMPROBANTES INCLUYEN TALONES DE CHEQUES DE PAGO DE NÓMINA, CARTAS DE OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS, DECLARACIONES DE EMPLEADORES, ETC.**
- 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.
 - Firmar y fechar su solicitud.
 - 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
CLICK. APPLY. BENEFIT.

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 a PA Relay al 711.

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

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE DE QUÉ FORMA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE POR FAVOR.

This notice contains important information about the privacy of your medical information. If you need this notice in another language or someone to interpret, please contact your local County Assistance Office. Language assistance will be provided free of charge.

Este aviso contiene información importante acerca de la privacidad de su información médica. Si necesita este aviso en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la Oficina de Asistencia de su Condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Данное уведомление содержит важные сведения относительно конфиденциальности вашей медицинской информации. Если вам нужно данное уведомление на другом языке или вам нужны услуги устного переводчика, обращайтесь в Бюро помощи вашего округа (County Assistance Office). Переводческие услуги предоставляются бесплатно.

此通知包括关于您的医疗信息的个人隐私方面的重要资料。如果您需要此通知译成其它语言或需要有人替您翻译，请联系您所在地区的郡县援助办事处。可提供免费语言协助。

Thông báo này gồm những thông tin quan trọng về việc bảo mật các chi tiết y tế cá nhân của quý vị. Nếu cần có thông báo này bằng một ngôn ngữ khác hay người để thông dịch, xin quý vị liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Địa Phương. Trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

សំបុត្រនេះមានព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីការអភិរក្សភាពឯកជននៃព័ត៌មានពេទ្យរបស់លោកអ្នក។ បើលោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រនេះ ជាភាសាផ្សេងទៀត ឬត្រូវការអ្នកណាម្នាក់ជួយបកប្រែ សូមទាក់ទងការិយាល័យដីលវៃរ៉ូបស់លោកអ្នក។ ជំនួយនា ភាសាទីបីឬជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។

يحتوي هذا الإخطار على معلومات هامة حول خصوصية المعلومات الطبية المتعلقة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الإخطار بلغة أخرى أو إلى شخص ما لترجمته لك، فيرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي. وستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

El Departamento de Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, DHS) brinda y paga por muchos tipos de beneficios y servicios sociales. También nos encargamos de determinar la elegibilidad de las personas para recibir dichos beneficios y servicios. Para poder hacerlo, debemos recabar información médica y personal sobre usted y/o su familia. La información que obtenemos sobre usted y/o su familia es privada. A esta información la denominamos “información de salud protegida”.

El DHS no utiliza ni divulga la información de salud protegida a menos que esté permitido por ley o sea exigido por ley. Por ley, el DHS debe resguardar la privacidad de la información de salud protegida, debe notificar a las personas sobre sus obligaciones legales y las prácticas de privacidad relativas a la información de salud protegida y debe notificar a las personas afectadas en caso de violación de la confidencialidad de la información no segura de salud protegida. Como entidad regulada por esta ley, el DHS debe cumplir las leyes aplicables sobre la protección de la privacidad de su información de salud protegida, lo que incluye las normas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (en inglés, Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA). Según la Ley HIPAA, las agencias de Medicaid, ciertos planes de salud y proveedores de atención de salud son ejemplos de entidades reguladas que deben cumplir la Ley HIPAA. Las demás leyes que podrían aplicarse incluyen normas relativas a información confidencial sobre Asistencia Médica, otros beneficios, salud conductual, tratamiento/abuso de sustancias y VIH/SIDA. Cuando usamos o divulgamos la información de salud protegida, hacemos todos los esfuerzos razonables posibles para limitar su uso o divulgación al mínimo necesario para cumplir el fin que corresponda. Esta notificación explica su derecho a la privacidad de su información de salud protegida y cómo podemos utilizar y divulgar dicha información. Para mayor información sobre las prácticas de privacidad del DHS o para recibir otra copia de esta notificación, comuníquese con nosotros. Para información de contacto, consulte la sección “Preguntas o quejas” en la última página de esta notificación.

Por ley estamos obligados a cumplir los términos de esta notificación. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación y de aplicar las nuevas disposiciones de la notificación a toda la información de salud protegida que mantenemos. Si realizamos algún cambio importante a nuestras políticas o procedimientos de privacidad, publicaremos una copia actualizada de la notificación en nuestro sitio web y/o le proporcionaremos una nueva notificación de privacidad por correo o personalmente. Usted puede solicitar y recibir una copia impresa de esta notificación en cualquier momento.

¿Qué es la información de salud protegida?

La información de salud protegida es información sobre usted relacionada con una enfermedad o condición de salud física o mental, presente o futura, o sobre tratamientos o pagos por tratamientos, y que puede ser utilizada para identificarlo. Esta información incluye cualquier tipo de información, ya sea verbal o grabada en cualquier medio, que es creada o recibida por el DHS o por personas u organizaciones que tienen contrato con el DHS. Incluye información en formato electrónico y en cualquier otro formato o medio que puede identificarlo a usted, como por ejemplo:

- Su nombre (o nombres de sus hijos)
- Dirección
- Fecha de nacimiento
- Fecha de ingreso/alta
- Código de diagnóstico

- Número de teléfono
- Número de caso del DHS
- Número de Seguro Social
- Código del procedimiento médico

