

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

Para solicitar el beneficio de asistencia de 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 ingresados correctamente debajo. En caso de no estar correctamente ingresados, tache y ESCRIBA 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, contacte a su oficina de asistencia del condado local.

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

Nombre (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social
Dirección particular (incluya calle, número de departamento, ciudad, estado y código postal+4)				
Dirección postal, si es diferente (incluya calle, número de departamento, ciudad, estado y código postal+4)				
Condado en el que reside	Ciudadanía*	Raza (opcional)*	Grupo étnico (opcional)*	¿Actualmente recibe usted beneficios del programa SNAP, Asistencia Médica o Asistencia Monetaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

2 ¿Lee, escribe y entiende el idioma inglés? Sí No Si la respuesta es no, ¿qué idioma lee, escribe y entiende? _____ Número de teléfono donde se lo puede ubicar () _____ - _____

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

4 Indique el nombre y dirección de la empresa de servicios públicos o proveedor de combustible al que desea que se envíe el pago.

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

5 ¿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"/> Otro: _____

Si vive en una vivienda subsidiada/pública, ¿recibe un cheque en concepto de asignación por servicios públicos? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿por cuánto? \$ _____

(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.)



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

La forma rápida y fácil de solicitar su beneficio del PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS en Pennsylvania

6 ¿Cuál es su fuente principal de calefacción? Esta pregunta se refiere a su fuente principal de calefacción, la que brinda calor a su vivienda. Adjunte una copia de su última factura. Lea las instrucciones en la última página. Si no tiene facturas anteriores pero pagará su propia calefacción, adjunte una declaración de un proveedor de servicios públicos o de combustible en la que se indique el tipo de combustible y que usted fue aceptado como cliente.

Electricidad
 Aceite combustible
 Carbón
 Gas natural
 Querosén
 Gas propano o envasado
 Madera/Otros

Responda la pregunta 7 solamente si desea que el pago se envíe al proveedor de su fuente secundaria de calefacción. Una fuente secundaria de calefacción se utiliza para operar su fuente principal de calefacción además del combustible principal (por ejemplo, electricidad para operar un horno de gas), o se utiliza si la fuente principal de calefacción deja de funcionar.

7 ¿Cuál es su fuente secundaria de calefacción, si la tuviera?

Electricidad
 Aceite combustible
 Carbón
 Gas natural
 Querosén
 Gas propano o envasado
 Madera/Otros

(Adjunte una copia de su última factura de su fuente principal y secundaria de calefacción.)

8 Liste 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 siguientes códigos para ayudar a proporcionar los detalles de todas las personas en su grupo familiar. Si es necesario utilice hojas adicionales.

CIUDADANÍA*: (1) Ciudadano de los Estados Unidos, (2) Extranjero residente permanente, (3) Extranjero residente temporal, (4) Refugiado, (5) Otros - sin la aprobación para recibir beneficios. (Quienes no son ciudadanos de los EE. UU. deben proporcionar comprobantes de su condición de ciudadanía.)

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

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

NOMBRE (Apellido, nombre, inicial del 2.º nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo		Número de Seguro Social	Ciudadanía	Raza (Opcional)	Origen étnico (Opcional)	Relación con usted	¿Recibe beneficios del programa SNAP, Asistencia Médica o Asistencia Monetaria? *Sí/No
		M	F						
Total persons in household		▶		*Si la respuesta es sí, debe completar la pregunta 9					

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

9 Complete la pregunta 9 solamente si alguna persona mencionada en el punto anterior recibe Asistencia Monetaria, Asistencia Médica o beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, SNAP).

¿Sus ingresos se mantuvieron iguales en los últimos 3 meses? Sí No

¿Podemos usar la información que nos proporcionó para sus otros beneficios para determinar su elegibilidad para recibir los beneficios de LIHEAP? Sí No

Si respondió sí a ambas preguntas y todos en su hogar reciben beneficios de los programas de Asistencia Monetaria, MA o SNAP, usted no necesita completar la pregunta 10. Si respondió no a cualquiera de las preguntas, o si hay miembros del grupo familiar que no reciben beneficios de Asistencia Monetaria, MA o SNAP, complete el bloque 10.

10 Proporcione información sobre los ingresos de las personas de su grupo familiar. Proporcione información sobre todos los ingresos, antes de impuestos y deducciones.

Nombre de la persona con ingresos	Tipo de ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	Cantidad mensual
Nombre de la persona con ingresos	Tipo de ingreso			Cantidad mensual
Nombre de la persona con ingresos	Tipo de ingreso			Cantidad mensual
Nombre de la persona con ingresos	Tipo de ingreso			Cantidad mensual

Adjunte comprobantes de los ingresos, de los últimos 3 ó 12 meses, para todos los miembros del grupo familiar listados. Si proporciona comprobantes de los ingresos de los últimos 3 meses, esta cantidad se convertirá a una cifra anual.

Los ingresos incluyen dinero proveniente de: empleo, beneficios para veteranos, compensación por desempleo, beneficios por neumoniosis o pulmón negro, seguro social, sostén económico o manutención, compensación a trabajadores, intereses/dividendos, ingresos de alquileres.

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

- **Envíe comprobante de su ingresos de un mes, si su ingresos es el mismo todos los meses (salario, seguro social, jubilación, etc.).**
- **Si el monto de su ingresos no es el mismo todos los meses, envíe comprobantes de sus ingresos de los últimos tres meses.**
- **Si tuvo cambios en sus ingresos en los últimos 12 meses (períodos de desempleo, cambios de trabajo, trabajo por temporada, etc.), envíe comprobante de sus ingresos de los últimos 12 meses.**
- **Si no tuvo ningún ingresos durante los tres últimos meses, o si su ingresos es menor que el costo de sus necesidades básicas de mantenimiento mensual, debe informarnos por escrito cómo paga por sus necesidades básicas de mantenimiento (comida, vivienda, artículos personales, etc.).**
- **Los comprobantes de ingresos incluyen: recibos de sueldo o nómina, cartas de otorgamiento de beneficios, declaraciones de empleadores, etc.**

11 ¿Está interesado en servicios de climatización? Sí No Los servicios de climatización incluyen aislamiento térmico de la vivienda y reparación o reposición del sistema de calefacción.

12 ¿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 afirmativa, ¿quién? _____

13 ¿Alguna de las personas está o ha estado en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, ¿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 afirmativa, ¿quién? _____

Certificación

- Al firmar esta solicitud, otorgo mi permiso al Departamento de Bienestar Público o a su agente autorizado para:
(a) verificar cualquier información que proporciono relativa a mi residencia, mis empleos, ingresos, recursos, suministro de energía y proveedor de energía;
(b) averiguar sobre los costos de mi vivienda, calefacción y consumo de calefacción; y (c) completar encuestas relacionadas con la asistencia de energía.
- Si no proporciona un número de Seguro Social o una declaración jurada de asistencia de energía completa, no será elegible para recibir los beneficios. 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:

Nombre completo

Nombre completo

Nombre completo

Nombre completo
- Autorizo la divulgación de información limitada a las agencias aprobadas que proveen otra asistencia para energía/climatización para la cual puedo ser elegible.
- 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 negación y que, de ser 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 penalidades 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 puedo no calificar debido a que el dinero del programa LIHEAP se haya agotado.

Firme aquí – Utilice tinta

X

Firma

Fecha

¿Recordó...

- 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 la declaración jurada de asistencia de energía incluida en la sección Certificación en la página anterior?
- enviar comprobantes de la condición de inmigrante 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?
- 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 2011.
- 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?
- Por ejemplo:** Si presenta su solicitud en noviembre de 2011 y envía:
 - a) un mes de ingresos, envíe el comprobante de octubre de 2011.
 - b) tres meses de ingresos, envíe los comprobantes de agosto, septiembre y octubre de 2011.
 - c) 12 meses de ingresos, envíe los comprobantes desde noviembre de 2010 hasta octubre de 2011.
- 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 su oficina local, de asistencia, del condado.

LOS COMPROBANTES INCLUYEN RECIBOS DE SUELDO O NÓMINA, CARTAS DE OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS, DECLARACIONES DE EMPLEADORES, ETC.

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

Inscripción de electores (Opcional)

Si usted o algún otro adulto en su grupo familiar no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿le gustaría inscribirse para votar? Sí No. Si la respuesta es sí, especifique los nombres a continuación. SI USTED NO MARCA "SÍ" O "NO", O NO DEVUELVE EL FORMULARIO, USTED ESTÁ ELIGIENDO 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.

LINEA NRO. PARA USO DE LA CAO	APELLIDO	NOMBRE	LINEA NRO. PARA USO DE LA CAO	APELLIDO	NOMBRE

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

Si necesita 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 necesita ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a votar, o de 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 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.)

NO COMPLETAR: PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO

- Given to Client / /
- Sent to voter registration / /
- Declined, not interested / /
- Not a U.S. citizen / /
- 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 al número **1-800-451-5886**.

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