

## Год действия программы 2022–2023 г.

### Пакет документов для подачи заявки на получение помощи с энергоснабжением

Наши программы помощи с энергоснабжением открыты до конца августа 2023 года. Byrd Barr Place осуществляет управление программой помощи малообеспеченным семьям с бытовым энергоснабжением (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) и программой помощи с бытовым энергоснабжением от компании Puget Sound Energy (Puget Sound Energy Home Energy Lifeline Program, PSE HELP). Семьи могут иметь право на участие в одной или обеих программах.

#### Соответствие критериям участия

- 1.a. Семья проживает в пределах Сиэтла (Примечание. Почтовые индексы 98106, 98178, 98177 и 98133 обслуживаются двумя разными органами; звоните, чтобы узнать, находитесь ли вы в нашей зоне обслуживания. Мы **не** обслуживаем почтовые индексы 98148 или 98168, которые относятся к неинкорпорированным территориям Сиэтла).
- 2.a. Ежемесячный доход семьи должен составлять не более 150% федерального прожиточного минимума. См. требования к уровню дохода на веб-сайте [byrdbarrplace.org/energy](http://byrdbarrplace.org/energy).

| Количество членов семьи | Максимальный размер среднемесячного дохода для соответствия критериям программы LIHEAP | Максимальный размер среднемесячного дохода для соответствия критериям программы PSE HELP |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 человек               | 1699 долл.                                                                             | 5563 долл.                                                                               |
| 2 человека              | 2289 долл.                                                                             | 6354 долл.                                                                               |
| 3 человека              | 2879 долл.                                                                             | 7150 долл.                                                                               |
| 4 человека              | 3469 долл.                                                                             | 7942 долл.                                                                               |

Мы можем выполнить оценку дохода для 1, 3 или 12 месяцев. Соответствие критериям участия определяется на основе дохода за месяц до даты подписания. Удержание в размере 20% осуществляется от облагаемого налогом профессионального дохода в момент выплаты.

- 3.a. У семьи есть активный счет в Seattle City Light (SCL), счет поставщика масла и/или счет в Puget Sound Energy; или
- 3.b. Семья платит за энергоснабжение в рамках арендной платы.

#### Необходимые документы

1. Форма с информацией о семье и/или заявление на участие в программе PSE HELP (входит в этот пакет).
2. Подписанная форма с советами по экономии электроэнергии (входит в этот пакет).
3. Документы о доходе всех взрослых членов семьи в возрасте старше 18 лет за один месяц до даты подписания.
4. Копии карт социального обеспечения ВСЕХ членов семьи (как минимум у одного члена семьи должен быть номер социального обеспечения).
5. Документы о потреблении электроэнергии. Документы зависят от типа отопления (см. ниже).

| Счет в SCL и/или счет поставщика масла                                                                                                                                                                                  | Счет в PSE                               | Стоимость отопления входит в арендную плату                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Копия счета за электричество от Seattle City Light<br>и/или счета от поставщика масла                                                                                                                                   | Копия счета за газ от Puget Sound Energy | Копия формы подтверждения того, что стоимость отопления входит в арендную плату (Heat with Rent, HWR), подписанной собственником жилья или управляющим домом                                                                        |
| <p><b>Если у вас есть вопросы:</b><br/> <b>*звоните по телефону (206) 812-4940 или пишите по адресу</b><br/> <b>эл. почты <a href="mailto:energyassistance@byrdbarr.place">energyassistance@byrdbarr.place</a>*</b></p> |                                          | Копия действительного удостоверения личности с фотографией для основного заявителя                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                          | Копия договора аренды, подтверждающего, что стоимость отопления входит в арендную плату                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                          | Документ, подтверждающий проживание, с датой составления в течение последнего года, если договор аренды составлен до 1 октября 2021 года (письмо с подтверждением ресертификации, квитанция об оплате аренды, бухгалтерская книга). |

#### Как подать заявку

| Отправить онлайн                                                                | Отправить почтой                              | Передать лично                                                                           | Отправить по электронной почте                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="https://www.tfaforms.com/5011557">https://www.tfaforms.com/5011557</a> | 722 18 <sup>th</sup> Ave<br>Seattle, WA 98122 | 722 18 <sup>th</sup> Ave<br>Seattle, WA 98122<br>9:00–17:00<br>С понедельника по пятницу | <a href="mailto:energyassistance@byrdbarr.place">energyassistance@byrdbarr.place</a> |



## ВАМ ИНТЕРЕСНЫ КАКИЕ-ЛИБО ДРУГИЕ ПРЕДЛАГАЕМЫЕ НАМИ ПРОГРАММЫ?

Пожалуйста, поставьте галочку напротив программ, которые вам интересны.

Возврат данной формы не гарантирует получение помощи. Посетите наш веб-сайт или позвоните нам, чтобы узнать о критериях участия, а также об изменениях в программах и формах заявления.

### ☐ ПРОГРАММА ПОМОЩИ С РЕМОНТОМ ПЕЧИ LIHEAP (LIHEAP FURNACE REPAIR PROGRAM, FRP)

- Семьи, соответствующие критериям участия в программе LIHEAP, могут подать заявление на получение помощи для чистки, ремонта или замены печи в размере до 7500 долл.

### ☐ ПРОГРАММА ПОМОЩИ С ПОЛУЧЕНИЕМ КОНДИЦИОНЕРА LIHEAP (LIHEAP AIR CONDITIONER PROGRAM, AC)

- Семьи, соответствующие критериям участия в программе LIHEAP, могут подать заявление на получение портативного кондиционера.

### ☐ ПРОГРАММА ПОМОЩИ С ВОДОСНАБЖЕНИЕМ LIHWAP (LIHWAP WATER ASSISTANCE PROGRAM)

- Семьи, соответствующие критериям участия в программе LIHEAP, могут подать заявление на получение гранта в размере до 2500 долл. на оплату услуг водоснабжения и канализации от Seattle Public Utilities.

### ☐ ПРОГРАММА ВРЕМЕННОГО ЖИЛЬЯ LIHEAP (LIHEAP TEMPORARY SHELTER PROGRAM)

- Семьи с действующим уведомлением о выселении, соответствующие критериям участия в программе LIHEAP, могут подать заявление на получение гранта в размере до 1500 долл. во избежание выселения.
- Примечание. Эта программа начнет действовать в декабре 2022 года. Если вы соответствуете критериям участия, мы с вами свяжемся или вы можете связаться с нами после наступления данного срока.

---

Вы знали, что вы также можете подать заявление на участие в программе получения скидок на оплату коммунальных услуг от компании Seattle City Light (Seattle City Light Utility Discount Program, UDP)?

Семьи, соответствующие критериям участия, могут зарегистрироваться в программе получения скидок на оплату коммунальных услуг от компании Seattle City Light, которая предлагает 60% скидку на оплату счетов компании Seattle City Light и 50% скидку на оплату счетов компании Seattle Public Utilities. Для участия в этой программе подайте заявление напрямую в компанию Seattle City Light. Посетите веб-сайт [seattle.gov/human-services/services-and-programs/utility-discount-program](https://seattle.gov/human-services/services-and-programs/utility-discount-program) или позвоните по телефону 206-684-0268, чтобы поговорить с представителем городской администрации.

**HOUSEHOLD INFORMATION FORM (HIF) (7/2016)**

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>*Agency:</b> | <b>Assistance Provided:</b><br><input type="checkbox"/> *Energy Assistance <b>OR</b><br><input type="checkbox"/> *Crisis - Imminent <b>OR</b><br><input type="checkbox"/> *Crisis - No Heat<br><input type="checkbox"/> Other Emergency Services<br><input type="checkbox"/> Conservation Education | <input type="checkbox"/> Interested in Weatherization<br><input type="checkbox"/> Tribal Member<br><input type="checkbox"/> Received Food Assistance<br><input type="checkbox"/> Heat with rent<br><input type="checkbox"/> Received EAP last program year | <b>File Number:</b>        |
| <b>*County:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Certification Date:</b> |

**SECTION A: Household Contact & Eligibility Information**

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>*Primary Applicant:</b>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |
| (Last Name)                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                             | (First Name)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                           |
| (Middle Initial)                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |
| <b>*Residence Address:</b>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |
| <b>City, State, Zip:</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |
| <b>Mailing Address:</b><br>(If different)                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |
| <b>City, State, Zip:</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |
| <b>Phone Number:</b><br>( ) -                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Message Phone:</b><br>( ) -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                           |
| <b>Lived at Residence:</b>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Years: Months:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           |
| <b>*Housing Status:</b><br>1 <input type="checkbox"/> Own/buy<br>2 <input type="checkbox"/> Subsidized<br>3 <input type="checkbox"/> Rental<br>4 <input type="checkbox"/> Roomer/Boarder<br>5 <input type="checkbox"/> Temp Housing<br><b>Cost per Month:</b><br>\$ | <b>*Housing Type:</b><br>1 <input type="checkbox"/> 1-3 Family<br>2 <input type="checkbox"/> 4+ Family<br>3 <input type="checkbox"/> Hi-Rise<br>4 <input type="checkbox"/> Mobile<br>5 <input type="checkbox"/> RV<br><b>Number of Bedrooms:</b>            | <b>*Income/Benefits:</b><br><input type="checkbox"/> SSI<br><input type="checkbox"/> TANF<br><input type="checkbox"/> GA<br><input type="checkbox"/> VA<br><input type="checkbox"/> Soc. Sec.<br><input type="checkbox"/> Military<br><input type="checkbox"/> Earned Income<br><input type="checkbox"/> Pension<br><input type="checkbox"/> Self Employed<br><input type="checkbox"/> Child Support<br><input type="checkbox"/> Unemployment<br><input type="checkbox"/> Other | <b>*Total Number of People in the Household:</b>                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>*Household's Monthly Income:</b><br>\$                                 |
| <b>Target Group #1:</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                 | <b>*Primary Heat Source:</b><br>1 <input type="checkbox"/> Electric<br>2 <input type="checkbox"/> Natural Gas<br>3 <input type="checkbox"/> Propane<br>4 <input type="checkbox"/> Oil<br>5 <input type="checkbox"/> Wood<br>6 <input type="checkbox"/> Coal |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>*Annual Heat Cost:</b> \$ <input type="checkbox"/> Back Up Heat Cost   |
| <b>Target Group #2:</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Total Energy Cost:</b> \$ <input type="checkbox"/> Used Surrogate Data |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>*Total Annual Electric Costs:</b> \$                                   |

**SECTION B: Energy Assistance (EAP)**

|                                         |                                    |
|-----------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Staff:</b>                           | <b>P.O.#:</b>                      |
| <b>HOUSEHOLD ELIGIBILITY AMOUNT:</b> \$ |                                    |
| <b>Payment to Vendor(s):</b>            | <b>Direct Pay to Applicant:</b> \$ |
| #1 <input type="checkbox"/> Acct. #:    | \$                                 |
| #2 <input type="checkbox"/> Acct. #:    | \$                                 |
| <b>TOTAL EAP PAID TO DATE:</b> \$       |                                    |

**SECTION C: Other Emergency Services (OES)**

|                                                      |                     |
|------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Staff:</b>                                        | <b>P.O.#:</b>       |
| <b>Heat System: Repairs</b> <input type="checkbox"/> | <b>Vendor #:</b> \$ |
| <b>Replacement</b> <input type="checkbox"/>          | <b>Vendor #:</b> \$ |
| <b>Other Repairs &amp; Services:</b>                 | <b>Vendor #:</b> \$ |
|                                                      | <b>Vendor #:</b> \$ |
| <b>Shelter Assistance:</b>                           | <b>Vendor #:</b> \$ |
| <b>TOTAL OES PAID TO DATE:</b> \$                    |                     |

I certify that I have provided and reviewed all information on each page of this document, and it is accurate to the best of my knowledge. I understand that I may be subject to criminal prosecution if I have knowingly provided false information. I further understand that I may request a Fair Hearing if the provision of the above information is not acted on to determine my eligibility within a reasonable time or if I do not receive benefits for which I feel I am eligible. I give my permission for this agency and Washington State Department of Commerce (COMMERCE) to request/release necessary information that may result in my receiving benefits from this assistance request and from similar and related programs administered by the State of Washington, including food assistance. I also give the above listed heating vendor(s) permission to establish a line of credit, and/or to release my account information to this agency or COMMERCE for current and future data analysis and eligibility determination. If the vendor is Seattle City Light or Seattle Public Utilities, the permission to release customer billing and consumption information is allowed for up to six months from the date of this application. I understand that provision of my social security number is necessary to avoid duplicate energy assistance benefit payments to the same applicant household. I hereby authorize energy program staff to also use my social security number for income verification purposes (including Employment Security Unemployment Insurance and DSHS Food Assistance). I further authorize this agency and COMMERCE to use my personal information within their organizations for the purpose of identifying and reporting unduplicated non-personal applicant data.

**\*Applicant Signature:****Date:**

(Note: All fields designated with an (\*) are required information.)

## PSE HELP APPLICATION

|                     |        |                    |                   |
|---------------------|--------|--------------------|-------------------|
| AGENCY # (Required) | COUNTY | CERTIFICATION DATE | FILE # (Optional) |
|---------------------|--------|--------------------|-------------------|

### SECTION A: HOUSEHOLD INFORMATION (Required)

|                                               |                   |                  |                                      |                          |
|-----------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| APPLICANT'S NAME (LAST)                       | (FIRST)           | (MIDDLE INITIAL) | LAST FOUR OF SSN                     | DATE OF BIRTH (MM/DD/YY) |
| SECOND ADULT IN HOUSEHOLD (LAST)              | (FIRST)           | (MIDDLE INITIAL) | LAST FOUR OF SSN                     | DATE OF BIRTH (MM/DD/YY) |
| EMAIL ADDRESS                                 |                   |                  |                                      |                          |
| RESIDENCE ADDRESS                             |                   |                  | CITY                                 | STATE ZIP                |
| MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT THAN RESIDENCE) |                   |                  | CITY                                 | STATE ZIP                |
| PHONE ( )                                     | MESSAGE PHONE ( ) |                  | DATE MOVED INTO RESIDENCE (MM/DD/YY) |                          |

### SECTION B: BILLING INFORMATION (Required)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                         |                  |                  |                          |                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <p><b>HOW DOES APPLICANT'S NAME APPEAR ON PSE BILL?</b></p> <p><input type="checkbox"/> PRIMARY   <input type="checkbox"/> CO-CUSTOMER   <input type="checkbox"/> NOT LISTED*</p> <p><small>*Note: PSE will sign you up for service as co-customer, or primary dependent on Section B questions 1-4.</small></p>                                                                                                     | <p><b>If the Applicant is the Primary on the PSE bill please skip to Section C.</b></p> |                  |                  |                          |                          |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">PRIMARY NAME ON PSE BILL (LAST)</td> <td style="width: 20%;">(FIRST)</td> <td style="width: 10%;">(MIDDLE INITIAL)</td> <td style="width: 20%;">LAST FOUR OF SSN</td> <td style="width: 20%;">DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)</td> </tr> </table>                                                                           | PRIMARY NAME ON PSE BILL (LAST)                                                         | (FIRST)          | (MIDDLE INITIAL) | LAST FOUR OF SSN         | DATE OF BIRTH (MM/DD/YY) |  |
| PRIMARY NAME ON PSE BILL (LAST)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (FIRST)                                                                                 | (MIDDLE INITIAL) | LAST FOUR OF SSN | DATE OF BIRTH (MM/DD/YY) |                          |  |
| <p>Is the Primary name listed on the PSE bill:</p> <p>1. At least 18 years of age or emancipated*? No ___ Yes ___</p> <p>2. Still living at residence*? No ___ Yes ___</p> <p>3. Spouse of applicant? No ___ Yes ___</p> <p>4. Deceased spouse of applicant No ___ Yes ___</p> <p><small>(If you answer "yes" to #4, the Applicant's name will appear as primary. Their account number will be changed.)</small></p> |                                                                                         |                  |                  |                          |                          |  |
| <p><small>*Note: If you answered No to questions 1 or 2, PSE will automatically sign you up for service as the primary and contact agency with your new account number. PSE may contact landlord to avoid discrepancies. A Deposit may be requested. Payment arrangements may be made on the deposit by contacting customer service prior to the due date @ 1-888-225-5773 M - F 7:30 am - 6:30 pm.</small></p>      |                                                                                         |                  |                  |                          |                          |  |

### SECTION C: HELP

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                      |                |          |                           |                |          |  |                |          |  |                |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|----------------|----------|---------------------------|----------------|----------|--|----------------|----------|--|----------------|----------|
| TOTAL # PEOPLE IN HOUSEHOLD                                                                                                                                                                                                                           | HOUSEHOLD MEMBERS (VOLUNTARY) # of people in household who are:<br>___ 0-2 yrs   ___ 3-5 yrs   ___ 6-17 yrs   ___ 60+ yrs   ___ Disabled ___                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                      |                |          |                           |                |          |  |                |          |  |                |          |
| HOUSING STATUS                                                                                                                                                                                                                                        | HOUSING TYPE                                                                                                                                                                              | ENERGY TYPE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ANNUAL USAGE COST                                                                                                                                                                                   | INCOME SOURCE(S)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | INCOME                                |                      |                |          |                           |                |          |  |                |          |  |                |          |
| 1 <input type="checkbox"/> Own/buy<br>2 <input type="checkbox"/> Subsidized<br>3 <input type="checkbox"/> Rental<br>\$_____ per month                                                                                                                 | 1 <input type="checkbox"/> 1-3 Family<br>2 <input type="checkbox"/> 4+ Family<br>3 <input type="checkbox"/> Hi-Rise<br>4 <input type="checkbox"/> Mobile<br>5 <input type="checkbox"/> RV | 1 <input type="checkbox"/> All Electric<br>2 <input type="checkbox"/> Gas + Electric<br>3 <input type="checkbox"/> Gas only<br>4 <input type="checkbox"/> Electric Base                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Back Up Energy Cost<br><input type="checkbox"/> Used Surrogate Data<br>Gas \$ _____<br>Electric \$ _____<br>LIHEAP Heat Cost \$ _____<br>(If applicable)<br>Total \$ _____ | 1 <input type="checkbox"/> SSI   7 <input type="checkbox"/> PEN<br>2 <input type="checkbox"/> TANF   8 <input type="checkbox"/> MIL<br>3 <input type="checkbox"/> GA   9 <input type="checkbox"/> CS<br>4 <input type="checkbox"/> VA   10 <input type="checkbox"/> UI<br>5 <input type="checkbox"/> SSA   11 <input type="checkbox"/> Self Employ<br>6 <input type="checkbox"/> EI   12 <input type="checkbox"/> Other | Household's Monthly Income<br>\$_____ |                      |                |          |                           |                |          |  |                |          |  |                |          |
| RECEIVED LIHEAP THIS PROGRAM YEAR?: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO<br>\$_____                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | STAFF NAME                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                      |                |          |                           |                |          |  |                |          |  |                |          |
| INTERESTED IN HOME WEATHERIZATION?: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PURCHASE ORDER #                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                      |                |          |                           |                |          |  |                |          |  |                |          |
| <b>2-Year Certification</b><br>Certify eligibility for two years after demonstrating a steady household income.<br>Not Applicable: _____<br>1st Year Qualified: _____<br>2nd Year Qualified: _____<br>No Steady Income Source(s) & Occupant(s): _____ |                                                                                                                                                                                           | <table style="width: 100%;"> <tr> <td>#1 Gas Acct. # _____</td> <td>vendor # _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>#2 Electric Acct. # _____</td> <td>vendor # _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>vendor # _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>vendor # _____</td> <td>\$ _____</td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       | #1 Gas Acct. # _____ | vendor # _____ | \$ _____ | #2 Electric Acct. # _____ | vendor # _____ | \$ _____ |  | vendor # _____ | \$ _____ |  | vendor # _____ | \$ _____ |
| #1 Gas Acct. # _____                                                                                                                                                                                                                                  | vendor # _____                                                                                                                                                                            | \$ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                      |                |          |                           |                |          |  |                |          |  |                |          |
| #2 Electric Acct. # _____                                                                                                                                                                                                                             | vendor # _____                                                                                                                                                                            | \$ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                      |                |          |                           |                |          |  |                |          |  |                |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                       | vendor # _____                                                                                                                                                                            | \$ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                      |                |          |                           |                |          |  |                |          |  |                |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                       | vendor # _____                                                                                                                                                                            | \$ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                      |                |          |                           |                |          |  |                |          |  |                |          |
| <b>APPLICANT'S TOTAL ELIGIBILITY AMOUNT: \$ _____</b>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                      |                |          |                           |                |          |  |                |          |  |                |          |

I certify that I have provided and reviewed the above information, which is accurate to the best of my knowledge. I understand that I may be subject to criminal prosecution if I have knowingly provided false information. Additionally, I hereby authorize Puget Sound Energy, Inc. ("PSE"), this Agency, and Washington State Department of Commerce (COMMERCE) to exchange and release, disclose and make available to each other, information about me, my use of PSE products and services and/or my application for or participation in the PSE HELP program. This includes any information furnished or disclosed by me to this Agency herein or otherwise and any other information necessary or useful in assessing, documenting or confirming my eligibility or ineligibility to receive PSE HELP benefits (including Employment Security, Unemployment Insurance and DSHS Food Stamp benefits) or for current or future data analysis related to the provision of these or similar benefits. I do so with full knowledge that this information is or may be confidential and as such will be protected as outlined in PSE, COMMERCE, or this Agency's privacy policy, as those policies are updated from time to time (see, e.g., PSE's Privacy Policy). I understand that this authorization may be revoked at any time by written notice to PSE and or this Agency. Until such time as I do so revoke this authorization in writing, however, this authorization shall remain in full force and effect and PSE, this Agency, and COMMERCE may rely on this authorization in exchanging, releasing, disclosing and making available to each other all such information.

|                       |      |
|-----------------------|------|
| APPLICANT'S SIGNATURE | DATE |
|-----------------------|------|

## Советы по экономии электроэнергии и средств

Ниже вы найдете несколько идей, которые помогут вам сэкономить средства и тратить меньше электроэнергии

- Выключайте из розетки электронные устройства, когда вы их не используете или когда выходите из дома.
- Подумайте о приобретении блока электророзеток, что позволит легко отключать несколько устройств одновременно.
- Выключайте свет в комнатах, когда вы не находитесь в них.
- Уменьшите температуру в вашем холодильнике (36–38 градусов).
- Обязательно выключайте бытовые приборы после каждого использования.
- Подумайте о замене лампочек на светильники с низким энергопотреблением (компактные люминесцентные лампы и светодиодные лампочки).
- Запечатайте щели в окнах и дверях с помощью герметика, шпатлевки или пластиковой пленки.
- Старайтесь по возможности не использовать обогреватели помещений, так как они дорогие, небезопасные и потребляют много энергии, если используются для обогрева всего дома.
- Регулярно чистите вентиляционные отверстия и плинтусные обогреватели.
- Повесьте на окна светлые занавески и держите ставни открытыми в течение дня, чтобы солнечный свет проходил в помещение, а на ночь закрывайте их, чтобы теплый воздух оставался внутри.
- Подумайте о том, чтобы установить водосберегающую насадку для душа.
- Снизьте температуру в термостате для нагревателя воды до 120 градусов.
- Регулярно стирайте пыль со светильников.
- Принимайте душ вместо ванны.
- Используйте посудомоечную машину только при полной загрузке, и оставляйте посуду сушиться на воздухе.
- Снижайте температуру в термостате каждый раз, когда вы уходите из дома.
- Стирайте белье в машине при полной загрузке холодной водой, сушите вещи на воздухе и чистите фильтр для ворсинок.
- Повышайте температуру нагрева в доме постепенно, так как неожиданное резкое повышение также значительно повысит энергопотребление.



За использование энергосберегающих бытовых приборов, душевых насадок и лампочек предоставляются налоговые льготы. Обратитесь онлайн или позвоните вашему консультанту для получения дополнительной информации и инструкций о том, как подать заявку!





Год действия программы 2022–2023 г.

**Seattle City Light:** звоните по телефону (206) 684-3800, пишите по адресу [SCLEnergyAdvisor@seattle.gov](mailto:SCLEnergyAdvisor@seattle.gov) или посетите веб-сайт [seattle.gov/light/conserve](http://seattle.gov/light/conserve)

**Puget Sound Energy:** звоните по телефону 1-800-562-1482, пишите по адресу [EnergyAdvisor@pse.com](mailto:EnergyAdvisor@pse.com) или посетите веб-сайт [pse.com/rebates](http://pse.com/rebates)

**Я подтверждаю, что я прочитал(-а) приведенные выше советы по экономии электроэнергии.**

**Подпись заявителя:** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Washington State Department of Commerce, Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)

**Household Member Information Form (7/2016)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>*Last Name</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                    | <b>*First Name</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>MI</b> | <b>*SSN (required if primary)</b><br>____-____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>*DOB</b><br>____/____/____                                                          |
| <b>*Relation to Primary</b><br><input type="checkbox"/> Self<br><input type="checkbox"/> Spouse<br><input type="checkbox"/> Partner<br><input type="checkbox"/> Child<br><input type="checkbox"/> Other Relative<br><input type="checkbox"/> Other Non-Relative | <b>*Gender</b><br><input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female                                 |                    | <b>Race</b><br><input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native<br><input type="checkbox"/> Asian<br><input type="checkbox"/> Black or African American<br><input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander<br><input type="checkbox"/> White<br><input type="checkbox"/> Multi-Race<br><input type="checkbox"/> Other |           | <b>Education (24 Years or Older)</b><br><input type="checkbox"/> 0-8<br><input type="checkbox"/> 9-12 Non-Graduate<br><input type="checkbox"/> High School Graduate/GED<br><input type="checkbox"/> 12+ Some Post-Secondary<br><input type="checkbox"/> 2 or 4 Year College Graduate<br><b>Included in Calculation</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Disabled</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Ethnicity</b><br><input type="checkbox"/> Hispanic or Latino<br><input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Military Veteran</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Health Insurance</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |
| <b>*Last Name</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                    | <b>*First Name</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>MI</b> | <b>*SSN (required if secondary)</b><br>____-____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>*DOB</b><br>____/____/____                                                          |
| <b>*Relation to Primary</b><br><input type="checkbox"/> Spouse<br><input type="checkbox"/> Partner<br><input type="checkbox"/> Child<br><input type="checkbox"/> Other Relative<br><input type="checkbox"/> Other Non-Relative                                  | <b>*Gender</b><br><input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female                                 |                    | <b>Race</b><br><input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native<br><input type="checkbox"/> Asian<br><input type="checkbox"/> Black or African American<br><input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander<br><input type="checkbox"/> White<br><input type="checkbox"/> Multi-Race<br><input type="checkbox"/> Other |           | <b>Education (24 Years or Older)</b><br><input type="checkbox"/> 0-8<br><input type="checkbox"/> 9-12 Non-Graduate<br><input type="checkbox"/> High School Graduate/GED<br><input type="checkbox"/> 12+ Some Post-Secondary<br><input type="checkbox"/> 2 or 4 Year College Graduate<br><b>Included in Calculation</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Disabled</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Ethnicity</b><br><input type="checkbox"/> Hispanic or Latino<br><input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Military Veteran</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Secondary Applicant</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| <b>*Last Name</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                    | <b>*First Name</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>MI</b> | <b>SSN</b><br>____-____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>*DOB</b><br>____/____/____                                                          |
| <b>*Relation to Primary</b><br><input type="checkbox"/> Spouse<br><input type="checkbox"/> Partner<br><input type="checkbox"/> Child<br><input type="checkbox"/> Other Relative<br><input type="checkbox"/> Other Non-Relative                                  | <b>*Gender</b><br><input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female                                 |                    | <b>Race</b><br><input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native<br><input type="checkbox"/> Asian<br><input type="checkbox"/> Black or African American<br><input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander<br><input type="checkbox"/> White<br><input type="checkbox"/> Multi-Race<br><input type="checkbox"/> Other |           | <b>Education (24 Years or Older)</b><br><input type="checkbox"/> 0-8<br><input type="checkbox"/> 9-12 Non-Graduate<br><input type="checkbox"/> High School Graduate/GED<br><input type="checkbox"/> 12+ Some Post-Secondary<br><input type="checkbox"/> 2 or 4 Year College Graduate<br><b>Included in Calculation</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Disabled</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Ethnicity</b><br><input type="checkbox"/> Hispanic or Latino<br><input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Military Veteran</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Health Insurance</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |
| <b>*Last Name</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                    | <b>*First Name</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>MI</b> | <b>SSN</b><br>____-____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>*DOB</b><br>____/____/____                                                          |
| <b>*Relation to Primary</b><br><input type="checkbox"/> Spouse<br><input type="checkbox"/> Partner<br><input type="checkbox"/> Child<br><input type="checkbox"/> Other Relative<br><input type="checkbox"/> Other Non-Relative                                  | <b>*Gender</b><br><input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female                                 |                    | <b>Race</b><br><input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native<br><input type="checkbox"/> Asian<br><input type="checkbox"/> Black or African American<br><input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander<br><input type="checkbox"/> White<br><input type="checkbox"/> Multi-Race<br><input type="checkbox"/> Other |           | <b>Education (24 Years or Older)</b><br><input type="checkbox"/> 0-8<br><input type="checkbox"/> 9-12 Non-Graduate<br><input type="checkbox"/> High School Graduate/GED<br><input type="checkbox"/> 12+ Some Post-Secondary<br><input type="checkbox"/> 2 or 4 Year College Graduate<br><b>Included in Calculation</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Disabled</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Ethnicity</b><br><input type="checkbox"/> Hispanic or Latino<br><input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Military Veteran</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Health Insurance</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |
| <b>*Last Name</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                    | <b>*First Name</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>MI</b> | <b>SSN</b><br>____-____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>*DOB</b><br>____/____/____                                                          |
| <b>*Relation to Primary</b><br><input type="checkbox"/> Spouse<br><input type="checkbox"/> Partner<br><input type="checkbox"/> Child<br><input type="checkbox"/> Other Relative<br><input type="checkbox"/> Other Non-Relative                                  | <b>*Gender</b><br><input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female                                 |                    | <b>Race</b><br><input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native<br><input type="checkbox"/> Asian<br><input type="checkbox"/> Black or African American<br><input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander<br><input type="checkbox"/> White<br><input type="checkbox"/> Multi-Race<br><input type="checkbox"/> Other |           | <b>Education (24 Years or Older)</b><br><input type="checkbox"/> 0-8<br><input type="checkbox"/> 9-12 Non-Graduate<br><input type="checkbox"/> High School Graduate/GED<br><input type="checkbox"/> 12+ Some Post-Secondary<br><input type="checkbox"/> 2 or 4 Year College Graduate<br><b>Included in Calculation</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Disabled</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Ethnicity</b><br><input type="checkbox"/> Hispanic or Latino<br><input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Military Veteran</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Health Insurance</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |
| <b>*Last Name</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                    | <b>*First Name</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>MI</b> | <b>SSN</b><br>____-____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>*DOB</b><br>____/____/____                                                          |
| <b>*Relation to Primary</b><br><input type="checkbox"/> Spouse<br><input type="checkbox"/> Partner<br><input type="checkbox"/> Child<br><input type="checkbox"/> Other Relative<br><input type="checkbox"/> Other Non-Relative                                  | <b>*Gender</b><br><input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female                                 |                    | <b>Race</b><br><input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native<br><input type="checkbox"/> Asian<br><input type="checkbox"/> Black or African American<br><input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander<br><input type="checkbox"/> White<br><input type="checkbox"/> Multi-Race<br><input type="checkbox"/> Other |           | <b>Education (24 Years or Older)</b><br><input type="checkbox"/> 0-8<br><input type="checkbox"/> 9-12 Non-Graduate<br><input type="checkbox"/> High School Graduate/GED<br><input type="checkbox"/> 12+ Some Post-Secondary<br><input type="checkbox"/> 2 or 4 Year College Graduate<br><b>Included in Calculation</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Disabled</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Ethnicity</b><br><input type="checkbox"/> Hispanic or Latino<br><input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Military Veteran</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Health Insurance</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |

**Note:** All fields designated with an (\*) are required information. SSN's for the primary and secondary applicants are also required.



**Контрольный список источников дохода (для взрослых лиц старше 18 лет)**  
(текущий месяц включать не следует)

| Член семьи №1<br>(имя и фамилия) | Месяц:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Месяц:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Месяц:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Примечания:                      | <input type="checkbox"/> Профессиональный доход<br>\$ _____<br>\$ _____<br><input type="checkbox"/> Доход отсутствует<br><input type="checkbox"/> SSA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> SSI: \$ _____<br><input type="checkbox"/> GA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> TANF: \$ _____<br><input type="checkbox"/> Другое: \$ _____ | <input type="checkbox"/> Профессиональный доход<br>\$ _____<br>\$ _____<br><input type="checkbox"/> Доход отсутствует<br><input type="checkbox"/> SSA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> SSI: \$ _____<br><input type="checkbox"/> GA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> TANF: \$ _____<br><input type="checkbox"/> Другое: \$ _____ | <input type="checkbox"/> Профессиональный доход<br>\$ _____<br>\$ _____<br><input type="checkbox"/> Доход отсутствует<br><input type="checkbox"/> SSA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> SSI: \$ _____<br><input type="checkbox"/> GA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> TANF: \$ _____<br><input type="checkbox"/> Другое: \$ _____ |
| Член семьи №2<br>(имя и фамилия) | Месяц:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Месяц:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Месяц:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Примечания:                      | <input type="checkbox"/> Профессиональный доход<br>\$ _____<br>\$ _____<br><input type="checkbox"/> Доход отсутствует<br><input type="checkbox"/> SSA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> SSI: \$ _____<br><input type="checkbox"/> GA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> TANF: \$ _____<br><input type="checkbox"/> Другое: \$ _____ | <input type="checkbox"/> Профессиональный доход<br>\$ _____<br>\$ _____<br><input type="checkbox"/> Доход отсутствует<br><input type="checkbox"/> SSA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> SSI: \$ _____<br><input type="checkbox"/> GA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> TANF: \$ _____<br><input type="checkbox"/> Другое: \$ _____ | <input type="checkbox"/> Профессиональный доход<br>\$ _____<br>\$ _____<br><input type="checkbox"/> Доход отсутствует<br><input type="checkbox"/> SSA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> SSI: \$ _____<br><input type="checkbox"/> GA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> TANF: \$ _____<br><input type="checkbox"/> Другое: \$ _____ |
| Член семьи №3<br>(имя и фамилия) | Месяц:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Месяц:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Месяц:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Примечания:                      | <input type="checkbox"/> Профессиональный доход<br>\$ _____<br>\$ _____<br><input type="checkbox"/> Доход отсутствует<br><input type="checkbox"/> SSA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> SSI: \$ _____<br><input type="checkbox"/> GA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> TANF: \$ _____<br><input type="checkbox"/> Другое: \$ _____ | <input type="checkbox"/> Профессиональный доход<br>\$ _____<br>\$ _____<br><input type="checkbox"/> Доход отсутствует<br><input type="checkbox"/> SSA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> SSI: \$ _____<br><input type="checkbox"/> GA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> TANF: \$ _____<br><input type="checkbox"/> Другое: \$ _____ | <input type="checkbox"/> Профессиональный доход<br>\$ _____<br>\$ _____<br><input type="checkbox"/> Доход отсутствует<br><input type="checkbox"/> SSA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> SSI: \$ _____<br><input type="checkbox"/> GA: \$ _____<br><input type="checkbox"/> TANF: \$ _____<br><input type="checkbox"/> Другое: \$ _____ |



## ДЕКЛАРАЦИЯ ОБ ОТСУТСТВИИ ДОХОДА

Я, \_\_\_\_\_, настоящим заявляю, что я не получал(-а)  
Полное имя

какого-либо дохода или пособий в месяц(-ы) или дату(-ы) оплаты, указанные ниже.  
Это заявление на участие в программе LIHEAP или PSE HELP подписано в месяце:

\_\_\_\_\_.

В какие три месяца до даты подписания вы **не** получали доход?

- |                                           |                                          |                                         |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Июль 2022 г.     | <input type="checkbox"/> Декабрь 2022 г. | <input type="checkbox"/> Май 2023 г.    |
| <input type="checkbox"/> Август 2022 г.   | <input type="checkbox"/> Январь 2023 г.  | <input type="checkbox"/> Июнь 2023 г.   |
| <input type="checkbox"/> Сентябрь 2022 г. | <input type="checkbox"/> Февраль 2023 г. | <input type="checkbox"/> Июль 2023 г.   |
| <input type="checkbox"/> Октябрь 2022 г.  | <input type="checkbox"/> Март 2023 г.    | <input type="checkbox"/> Август 2023 г. |
| <input type="checkbox"/> Ноябрь 2022 г.   | <input type="checkbox"/> Апрель 2023 г.  |                                         |

**(ОБЯЗАТЕЛЬНО)** Причина, по которой я не получал(-а) доход в указанные выше месяцы:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(ОБЯЗАТЕЛЬНО)** Я удовлетворял(-а) базовые жизненные потребности, такие как питание, жилье и коммунальные услуги, с помощью:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

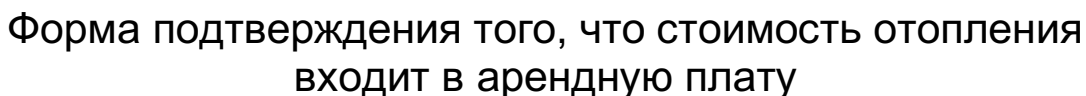
*Я настоящим свидетельствую, что предоставленная выше информация является точной и полной, насколько мне известно. Я понимаю, что подписываю данное заявление под страхом наказания в случае, если я предоставлю заведомо ложную информацию, что приведет к получению мной помощи, на которую я не имею права.*

**Подпись:** \_\_\_\_\_

**Дата:** \_\_\_\_\_

**Подпись сотрудника EAP:** \_\_\_\_\_

**Дата:** \_\_\_\_\_



- Я настоящим заявляю, что \_\_\_\_\_ является  
Полное имя клиента  
арендатором жилья по адресу:

|                                       |                |                 |
|---------------------------------------|----------------|-----------------|
| Название улицы                        | Номер квартиры | Почтовый индекс |
| и проживает по данному адресу с _____ |                |                 |
|                                       | Месяц          | Год             |

☐ Электричество ☐ Газ

Указано ли в договоре аренды, что стоимость отопления включена в арендную плату? ☐ Да ☐ Нет

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Год действия программы 2022–2023 г.



*Я настоящим свидетельствую, что предоставленная выше информация является точной и достоверной, насколько мне известно.*