

Programa del año 2023 a 2024 Paquete de solicitud para asistencia



Byrd Barr Place administra tanto el Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP, Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos) como el Puget Sound Energy Home Energy Lifeline Program (PSE HELP, Programa de Asistencia de Energía para el Hogar de PSE). Los grupos familiares pueden cumplir con los requisitos de uno o ambos programas; consulte los criterios de elegibilidad a continuación. Puede solicitar el programa LIHEAP completando este paquete y puede solicitar el programa PSE HELP en pse.com.

Elegibilidad: El grupo familiar debe cumplir con todos los requisitos a continuación

1. El grupo familiar vive dentro de los límites de la ciudad de Seattle.
 Dos agencias diferentes brindan servicios a los códigos postales 98106, 98178, 98177 y 98133; llame para consultar si está dentro de nuestra zona de servicio. **No** brindamos servicios a los códigos postales 98148 y 98168 para las áreas no incorporadas de Seattle.
2. El ingreso mensual del grupo familiar debe ser igual o menor al 150 % de la Nivel federal de pobreza.
 Consulte los criterios de elegibilidad según ingresos en byrdbarrplace.org/energy.

Número de miembros del grupo familiar	Máximo de ingreso mensual promedio para LIHEAP	Máximo de ingreso mensual promedio para PSE HELP
1 persona	\$1823	\$5563
2 personas	\$2465	\$6354
3 personas	\$3108	\$7150
4 personas	\$3750	\$7942
5 personas	\$4393	\$8579

Podemos evaluar 1, 3 o 12 meses de ingresos. La elegibilidad se basa en un mes antes de la fecha de firma. Se deduce un 20 % a todos los ingresos generados gravados cuando se paga.

3. El grupo familiar tiene una cuenta activa de Seattle City Light, una cuenta de Oil o una cuenta de Puget Sound Energy, o
 - 3.b El grupo familiar paga los costos de energía como parte de su alquiler.

Cómo solicitar

Por correo	Por entrega	Por correo electrónico	En línea
722 18 th Ave Seattle, WA 98122	722 18 th Ave Seattle, WA 98122 De 9 a. m. a 5 p. m. De lunes a viernes	energyassistance@byrdbarrplace	https://www.tfaforms.com/5052144

Documentos requeridos

1. Recibo de calefacción o luz (reciente, en el último año) con el número de cuenta visible (a menos que el costo de calefacción esté incluido en el alquiler)

- Copia de recibo de Seattle City Light
- Recibo de Oil

2. ¿Paga su recibo de luz con el alquiler? Si es así, también debe presentar:

- Formulario de verificación de Heat with Rent (HWR, Calefacción con alquiler) con firma de su propietario y fecha.
- Copia de contrato de alquiler que declara que la calefacción está incluida en el alquiler.
- Recibo de alquiler o libro mayor que muestre residencia reciente en la dirección actual.

3. Tarjeta o documentación del Seguro

Presente las tarjetas o documentación de Seguro Social de **TODOS** los miembros del grupo familiar que vivan el hogar. *Si perdió la tarjeta del Seguro Social o no puede encontrar un reemplazo para la tarjeta de Seguro Social, a continuación, se enumeran documentos alternos que pueden usarse. Tenga en cuenta que, según el tipo de documentación que se use para verificar el Número del Seguro Social, se le puede pedir un documento adicional, como un acta de nacimiento. (Incluye adultos y menores de edad que vivan actualmente en el domicilio)*

- Tarjeta del Seguro Social de EE. UU.
- W-2 Form (Formulario W-2) con SSN completo (incluyendo W-2C, W-2G, etc.)
- SSA-1099 Form (Formulario SSA-1099) con SSN completo (incluyendo SSA-1099-SM, SSA-1099-R-OP1, etc.)
- Non-SSA 1099 Form (Formulario Non-SSA 1099) con SSN completo (incluyendo 1099-DIV, 1099-MISC, etc.)
- 1098 Form (Formulario 1098) con SSN completo (incluyendo 1098-C, etc.)
- Documentos bancarios, de préstamo o financieros con SSN completo
- Recibo de pago con SSN completo

4. Documentación de ingresos de los 3 meses anteriores a la fecha de firma en la solicitud. Todos los miembros del grupo familiar que tengan 18 años o más deben presentar documentación de ingresos. Vea los tipos de ingresos a continuación y la documentación correspondiente requerida.

- **Ingresos generados:** debe presentar recibos de sueldo del mes anterior a la fecha de firma de la solicitud. Si no puede presentar ningún recibo de pago, debe completar el Self-Declaration of Income Form (Formulario de Autodeclaración de Ingresos).
- **Social Security Administration (SSA, Administración del Seguro Social), Supplemental Security Income (SSI, Seguridad de Ingreso Suplementario), Pension (pensión), Temporary Assistance for Needy Families (TANF, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) y Aged, Blind or Disabled (ABD, Adultos Mayores, Ciegos o Discapacitados):** Documentación de ingresos adjudicados, presente carta de concesión de ingresos. Si no puede presentar beneficios de seguro social, proporcione un estado de cuenta bancaria.
- **Trabajador autónomo:** Complete el Self-Employed Income Form (Formulario de Ingresos de Trabajador Autónomo) con respecto a su empresa pequeña. Necesitamos recibos detallados con fecha en los tres meses previos. Deben ser solo para deducciones permitidas según la política. Deduzca un 50 % estándar por cada mes de trabajo autónomo. La deducción estándar solo puede ser realizada si los ingresos son mayores a la deducción estándar permitida Y si el miembro del grupo familiar puede presentar prueba de su empresa autónoma (tarjeta de negocios, estados de cuenta bancaria, captura de pantalla del sitio web o plataforma del negocio).
- **Pensión alimenticia:** Presente información de los ingresos respecto a la pensión alimenticia, como declaraciones oficiales del tribunal. Si se paga en efectivo, presente un estado de cuenta bancaria y destáquela. También complete el Self-Declaration of Income Form (Formulario de Autodeclaración de Ingresos) explicando por qué no puede presentar los documentos en relación con la pensión alimenticia e indique la suma que ha recibido en los últimos tres meses.
- **Sin ingresos:** Complete el Declaration of No Income Form (Formulario de Declaración de No Ingresos) si no tiene ninguna fuente de ingreso. Complete este formulario solo si recibe \$0 en ingresos generados o beneficios.
- **Si tiene ingresos, pero no tiene documentación:** Complete el Self-Declaration of Income Form (Formulario de Autodeclaración de Ingresos) si no puede presentar recibos de sueldo o documentos de ingresos de beneficios de seguro social.



¿LE INTERESA ALGUNO DE ESTOS PROGRAMAS QUE OFRECEMOS?

Marque las casillas de los programas que le interesen.

Devolver este formulario no garantiza que reciba asistencia. Visite nuestro sitio web o llámenos para saber más sobre los requisitos de elegibilidad y novedades de los

- LIHEAP FURNACE REPAIR PROGRAM (FRP, PROGRAMA DE REPARACIÓN DE CALDERAS de LIHEAP)**
 - Los grupos familiares elegibles para LIHEAP que sean propietarios de la vivienda pueden solicitar la limpieza, reparación o reemplazo de caldera equivalente hasta \$10 000.
- LIHEAP AIR CONDITIONER PROGRAM (AC, PROGRAMA DE AIRES ACONDICIONADOS de LIHEAP)**
 - Los grupos familiares elegibles para LIHEAP pueden solicitar una unidad de aire acondicionado portátil.
- LIHEAP TEMPORARY SHELTER PROGRAM (PROGRAMA DE ALBERGUE TEMPORAL de LIHEAP)**
 - Los grupos familiares elegibles para LIHEAP que tengan problemas relacionados a la calefacción y una citación de desalojo activa pueden solicitar un subsidio de hasta \$1500 para evitar la evicción.

¿Sabía que también puede solicitar el Seattle City Light Utility Discount Program?

Los grupos familiares elegibles pueden inscribirse en el Utility Discount Program (UDP, Programa de Descuentos en Servicios Públicos) de la ciudad de Seattle, que ofrece un descuento del 60 % en los recibos de Seattle City Light y un descuento del 50 % en los recibos de Seattle Public Utilities. **Solicite este programa directamente en Seattle City Light.** Visite seattle.gov/human-services/services-and-programs/utility-discount-program o llame al 206-684-0268 para hablar con un representante de la ciudad.

HOUSEHOLD INFORMATION FORM (HIF, FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO FAMILIAR) (7/2016)

* Agencia:	Asistencia suministrada <input type="checkbox"/> *Asistencia energética <u>Q</u> <input type="checkbox"/> *Crisis - Inminente <u>Q</u> <input type="checkbox"/> *Crisis - Sin calefacción <input type="checkbox"/> Otros servicios de emergencia <input type="checkbox"/> Educación para la conservación	<input type="checkbox"/> Interesados en la aclimatación <input type="checkbox"/> Miembro de una tribu <input type="checkbox"/> Recibió asistencia alimentaria <input type="checkbox"/> Calefacción con el alquiler <input type="checkbox"/> Recibió EAP el último año del programa	Número de registro:
* Condado:			Fecha de certificación:

SECCIÓN A: Contacto del grupo familiar e información de elegibilidad

* **Solicitante primario:**

 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo)

* **Domicilio de residencia:**

Ciudad, estado, código postal: _____

Dirección postal:
 (Si es diferente) _____
Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: () - ()
Teléfono para mensajes: () - ()
Vivió en el domicilio: Años: _____ Meses: _____

* Estado de la vivienda: 1 <input type="checkbox"/> Propia/comprada 2 <input type="checkbox"/> Subsidiada 3 <input type="checkbox"/> Alquilada 4 <input type="checkbox"/> Ocupante/Inquilino 5 <input type="checkbox"/> Vivienda temporal Costo por mes: \$ _____	* Tipo de vivienda: 1 <input type="checkbox"/> Familia de 1-3 2 <input type="checkbox"/> Familia de 4+ 3 <input type="checkbox"/> Edificio de gran altura 4 <input type="checkbox"/> Caravana estática 5 <input type="checkbox"/> Casa rodante Número de habitaciones: _____	* Ingresos/Beneficios: <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Ingresos generados <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Seg. soc. <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Otro	* Número total de personas en la vivienda: _____ * Ingresos mensuales del grupo familiar \$ _____
--	---	---	--

Grupo objeto #1: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	* Fuente primaria de calefacción: 1 <input type="checkbox"/> Electricidad 4 <input type="checkbox"/> Gasoil 2 <input type="checkbox"/> Gas natural 5 <input type="checkbox"/> Leña 3 <input type="checkbox"/> Propano 6 <input type="checkbox"/> Carbón	* Costo de calefacción anual: \$ _____ <input type="checkbox"/> Costo de calefacción de respaldo Costo total de energía: \$ _____ <input type="checkbox"/> Datos sustitutos usados * Costos totales de electricidad anuales: \$ _____
Grupo objeto #2: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SECCIÓN B: Energy Assistance (EAP)

Personal: _____ **P.O. #:** _____

Pago a proveedor(es): **SUMA DE ELEGIBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR:** \$ _____ **Pago directo al solicitante:** \$ _____

#1 _____ Cuenta #: _____ \$ _____
 #2 _____ Cuenta #: _____ \$ _____

SUMA TOTAL DE EAP PAGADA HASTA LA FECHA: \$ _____

SECCIÓN C: Other Emergency Services (OES)

Personal: _____ **P.O. #:** _____

Sistema de calefacción: Reparaciones <input type="checkbox"/>	Proveedor #:	_____	\$ _____
Reemplazo <input type="checkbox"/>	Proveedor #:	_____	\$ _____
Otras reparaciones y servicios:	Proveedor #:	_____	\$ _____
	Proveedor #:	_____	\$ _____
Asistencia de albergue:	Proveedor #:	_____	\$ _____

SUMA TOTAL DE OES PAGADA HASTA LA FECHA: \$ _____

Certifico que he presentado y revisado toda la información en cada página de este documento, la cual es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que podría ser sujeto a procedimiento penal si he proporcionado información falsa de manera consciente. Comprendo además que puedo solicitar una audiencia imparcial si no se procesa la provisión de la información presentada con anterioridad para determinar mi elegibilidad dentro de un periodo de tiempo razonable o si no recibo los beneficios para los que creo ser elegible. Autorizo a esta agencia y al Washington State Department of Commerce (COMMERCE, Departamento de Comercio del estado de Washington) a solicitar/divulgar información necesaria que pudiera resultar en la recepción de beneficios a partir de esta solicitud de asistencia y a partir de programas similares y relaciones administrados por el estado de Washington, incluyendo la asistencia alimentaria. Además autorizo a el/los proveedor/es mencionados arriba a establecer una línea de crédito o divulgar la información de mi cuenta a esta agencia o a COMMERCE para el análisis de información actual y futuro y la determinación de elegibilidad. Si el proveedor es Seattle City Light o Seattle Public Utilities, se permite divulgar información de recibos y consumo del cliente hasta seis meses desde la fecha de esta solicitud. Entiendo que es necesario proveer mi número de seguro social para evitar pagos duplicados por beneficio de asistencia energética al mismo grupo familiar solicitante. Por la presente autorizo al personal del programa de energía a usar también mi número de seguro social con el fin de verificar ingresos (incluyendo el Seguro de Desempleo del Employment Security Department [Departamento de Seguro de Empleo] y la Asistencia Alimentaria del Department of Social and Health Services [DSHS, Departamento de Servicios Sociales y de Salud]). Además, autorizo a esta agencia y a COMMERCE a usar mi información personal dentro de sus organizaciones con el fin de verificar e informar datos estadísticos y personales de solicitantes.

* **Firma del solicitante:** _____ **Fecha:** _____

(Nota: El (*) en todos los campos indica información obligatoria).

PSE Bill assistance application (Solicitud para asistencia para recibos)

Complete esta solicitud; escriba en computadora o en imprenta de forma clara y **conservé una copia para sus registros.**

Información sobre el grupo familiar (obligatorio)

Nombre del solicitante (apellido)	(primer nombre)	(Inicial del segundo nombre)	Últimos cuatro dígitos del SSN	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)
Segundo adulto en el grupo familiar (apellido)	(primer nombre)	(Inicial del segundo nombre)	Últimos cuatro dígitos del SSN	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)
Dirección de correo electrónico				
Domicilio de residencia	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la de residencia)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Teléfono	Teléfono para mensajes	Fecha de ingreso a la residencia		
Número total de personas en la vivienda	(Voluntario) Número de personas en la vivienda que tengan: ____ 0-2 años ____ 3-5 años ____ 6-17 años ____ 60+ años ____ una discapacidad			
Información de miembros del grupo familiar (para más de seis miembros del grupo familiar, indíquelos en la parte posterior)				
Nombre (apellido, primer nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		
Nombre (apellido, primer nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		
Nombre (apellido, primer nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		
Nombre (apellido, primer nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		
Nombre (apellido, primer nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		
Nombre (apellido, primer nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		
Nombre (apellido, primer nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		
Estado de la vivienda		Tipo de vivienda	Ingresos	
<input type="checkbox"/> Propia/comprada <input type="checkbox"/> Subsidiada <input type="checkbox"/> Alquilada \$ _____ por mes		<input type="checkbox"/> Familia de 1 a 3 personas <input type="checkbox"/> Familia de 4 o más personas <input type="checkbox"/> Edificio de gran altura <input type="checkbox"/> Caravana estática <input type="checkbox"/> Casa rodante	Ingresos brutos mensuales del grupo familiar \$ _____	
Fuentes de los ingresos brutos mensuales del grupo familiar				
1 \$ ____ . ____ Seguridad de ingreso suplementario	6 \$ ____ . ____ Ingresos generados	11 \$ ____ . ____ L&I, Indemnización por accidente laboral		
2 \$ ____ . ____ TANF	7 \$ ____ . ____ Pensión	12 \$ ____ . ____ Trabajo autónomo		
3 \$ ____ . ____ General Assistance (GAU)	8 \$ ____ . ____ Militar	13 \$ ____ . ____ Otro _____		
4 \$ ____ . ____ Asuntos de veteranos	9 \$ ____ . ____ Pensión alimenticia			
5 \$ ____ . ____ Administración de Seguro Social	10 \$ ____ . ____ Beneficios de Desempleo			
<input type="checkbox"/> Certifico que he presentado información que es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que podría ser sujeto a procedimiento penal si he proporcionado información falsa de manera consciente. Comprendo que se me podría pedir prueba de ingresos y de miembros del grupo familiar a solicitud.				
<input type="checkbox"/> Entiendo que esta información se usa para determinar elegibilidad para el Bill Discount Rate (Tasa de Descuento de Recibos) y los programas PSE HELP y que la auto declaración de ingresos solo es pertinente para estos dos programas. Comprendo que necesitaré presentar la solicitud cada doce meses para conservar el descuento luego del periodo de inscripción de un año. Por la presente autorizo a Puget Sound Energy, Inc. (PSE), mi agencia de acción comunitaria local (Agency) y Washington State Department of Commerce (COMMERCE) a divulgar e intercambiar información sobre mí, mi uso de productos y servicios PSE o mi solicitud para participar en los programas PSE HELP y Bill Discount Rate, como así también la recomendación de otros programas de asistencia, como la aclimatación de viviendas o asistencia en el pago de recibos. Entiendo que esta información es o podría ser confidencial y como tal será protegida de divulgación no autorizada. Comprendo que esta autorización puede ser rechazada en cualquier momento mediante notificación escrita a PSE o a mi agencia de acción comunitaria local.				
Firma del solicitante			Fecha	

Consejos para ahorrar energía y dinero

A continuación, se enumeran formas de ayudarlo a ahorrar dinero y usar menos energía. Para calificar para LIHEAP (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos), revise estos consejos y firme a continuación a modo de verificación que los ha leído.

- Desconecte los dispositivos electrónicos cuando no esté usándolos o cuando salga de casa.
- Considere invertir en un prolongador eléctrico para apagar múltiples dispositivos fácilmente.
- Apague las luces de habitaciones que no están en uso.
- Reduzca la temperatura de su refrigerador (36 a 38 °F [2 a 3 °C]).
- Asegúrese que los electrodomésticos estén apagados luego de cada uso.
- Considere reemplazar los focos con luces de bajo consumo (focos de luz CFL y LED).
- Selle corrientes de aire en ventanas y puertas con burletes, masilla o láminas de plástico.
- Evite el uso de calentadores tanto como pueda, ya que son costosos, inseguros y no eficientes energéticamente cuando se trata de calefaccionar toda la casa.
- aspire las salidas de aire y radiadores de zócalo de manera regular.
- Coloque cortinas de colores claros en las ventanas y mantenga las persianas abiertas durante el día para que entre la luz del sol y cerradas durante la noche para conservar el aire cálido dentro del hogar.
- Considere instalar un cabezal de ducha que ahorre agua. Baje el termostato de los calentadores de agua a 120 °F (49 °C).
- Quite el polvo de la luminaria regularmente.
- Tome duchas, no use la bañera.
- Encienda el lavaplatos solo cuando esté lleno y deje que los platos se sequen al aire. Baje el termostato cada vez que salga de casa.
- Encienda el lavarropas cuando esté lleno y lave la ropa con agua fría, séquela al aire y limpie el filtro.
- Aumente la temperatura de la calefacción en la casa de forma gradual, ya que las subidas repentinas aumentarán el uso energético sustancialmente.



Hay reembolsos disponibles para electrodomésticos, cabezales de ducha y focos de luz de bajo consumo. ¡Visite la página web o llame a su Asesor Energético para obtener más información y conocer cómo solicitar reembolsos!

Seattle City Light: Llame al (206) 684-3800, envíe un correo electrónico a SCLEnergyAdvisor@seattle.gov o visite seattle.gov/light/conserva

Puget Sound Energy: Llame al 1-800-562-1482, envíe un correo electrónico a EnergyAdvisor@pse.com o visite pse.com/rebates

Reconozco que he leído los consejos anteriores para ahorrar

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____ Correo electrónico: _____

Household Member Information Form (Formulario de información de miembros del grupo familiar) (7/2016)

*Apellido		*Primer nombre		Inicial 2° n.	*SSN (obligatorio si es miembro primario)	*Fecha de nacimiento ____/____/____	
*Relación con m. primario <input type="checkbox"/> El/ella mismo/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro/a familiar <input type="checkbox"/> Otro/a no familiar	*Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Raza <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del resto del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro		Educación (24 años o mayor) <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 No graduado <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ con estudios post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años		Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino				Interesados en cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Veterano militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Apellido		*Primer nombre		Inicial 2° n.	*SSN (obligatorio si es miembro primario)	*Fecha de nacimiento ____/____/____	
*Relación con m. primario <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro/a familiar <input type="checkbox"/> <u>Otro/a no familiar</u> Solicitante secundario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Raza <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del resto del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro		Educación (24 años o mayor) <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 No graduado <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ con estudios post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años		Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino				Interesados en cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Veterano militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Apellido		*Primer nombre		Inicial 2° n.	SSN	*Fecha de nacimiento ____/____/____	
*Relación con m. primario <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro/a familiar <input type="checkbox"/> Otro/a no familiar	*Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Raza <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del resto del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro		Educación (24 años o mayor) <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 No graduado <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ con estudios post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años		Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino				Interesados en cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Veterano militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Apellido		*Primer nombre		Inicial 2° n.	SSN	*Fecha de nacimiento ____/____/____	
*Relación con m. primario <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro/a familiar <input type="checkbox"/> Otro/a no familiar	*Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Raza <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del resto del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro		Educación (24 años o mayor) <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 No graduado <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ con estudio post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años		Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino				Interesados en cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Veterano militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Apellido		*Primer nombre		Inicial 2° n.	SSN	*Fecha de nacimiento ____/____/____	
*Relación con m. primario <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro/a familiar <input type="checkbox"/> Otro/a no familiar	*Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Raza <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del resto del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro		Educación (24 años o mayor) <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 No graduado <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ con estudio post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años		Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino				Interesados en cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Veterano militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nota: El (*) en todos los campos indica información obligatoria. Se requieren también los SSN de los solicitantes primarios y secundarios.

Household Income Information Form (Formulario de información de miembros del grupo familiar) (todos adultos mayores de 18 años)

(No incluya el mes actual)

Miembro del grupo	Mes:	Mes:	Mes:
Notas:	<input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos: <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros: \$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos: <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros: \$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos: <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros: \$ _____
Miembro del grupo familiar número #2 (Nombre)	Mes:	Mes:	Mes:
Notas:	<input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos: <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros: \$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos: <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros: \$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos: <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros: \$ _____
Miembro del grupo familiar número #3 (Nombre)	Mes:	Mes:	Mes:
Notas:	<input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos: <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros: \$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos: <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros: \$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos generados \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos: <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros: \$ _____



DECLARATION STATEMENT OF NO INCOME
(DECLARACIÓN JURADA DE NO INGRESOS)

Yo, _____, por la presente declaro que no he recibido
Nombre completo

Ingreso alguno en el/los mes/es o fecha/s de pago indicados a continuación.

Esta solicitud LIHEAP (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos) se firma en el mes de _____.

¿En cuál de los tres meses previos a la fecha de firma **no** recibió ingresos?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Julio de 2023 | <input type="checkbox"/> Diciembre de 2023 | <input type="checkbox"/> Mayo de 2024 |
| <input type="checkbox"/> Agosto de 2023 | <input type="checkbox"/> Enero de 2024 | <input type="checkbox"/> Junio de 2024 |
| <input type="checkbox"/> Septiembre de 2023 | <input type="checkbox"/> Febrero de 2024 | <input type="checkbox"/> Julio de 2024 |
| <input type="checkbox"/> Octubre de 2023 | <input type="checkbox"/> Marzo de 2024 | <input type="checkbox"/> Agosto de 2024 |
| <input type="checkbox"/> Noviembre de 2023 | <input type="checkbox"/> Abril de 2024 | |

(OBLIGATORIO) No recibí ingresos el/los mes/es indicados anteriormente porque:

(OBLIGATORIO) He cubierto mis necesidades básicas de alimentos, vivienda y servicios públicos mediante:

Certifico que la información antes mencionada es completa y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que al firmar esta declaración estoy sujeto a enjuiciamiento si presento información falsa de manera consciente, lo que resultaría en la recepción de asistencia para la que no

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del personal de EAP (Programa de asistencia energética): _____

Fecha: _____



Heat Included with Rent Verification Form (Formulario de verificación de alquiler con calefacción incluida)

- Este formulario debe ser completado y firmado por el administrador del edificio o el propietario.
- Este formulario **DEBE estar acompañado por un contrato de alquiler** con fecha dentro del último año, que indique que los costos de calefacción son parte del alquiler.
 - Podemos aceptar un contrato de alquiler más antiguo si también presenta un documento de vivienda con fecha dentro del último año, como un recibo de alquiler reciente, un registro de alquiler, una carta de recertificación o declaración del administrador de la propiedad.

Por la presente declaro que _____ es un inquilino en:
Nombre completo del cliente

Nombre del departamento

Dirección postal

Dpto. #

Código postal

y reside ahí desde _____,
Mes Año

La fuente de calefacción primaria de la vivienda viene de: Electricidad Gas

¿Se indica en este contrato de alquiler que el pago de la calefacción está incluido en el alquiler mensual? Sí No

Administrador/Propietario
(nombre escrito en imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Número de teléfono: _____

Certifico que la información antes mencionada es completa y verdadera según mi leal saber y entender.