



2024 - 2025 计划年度能源补助申请文件包

Byrd Barr Place 负责管理 Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP, 低收入家庭能源补助计划)、State Home Energy Assistance Program (SHEAP, 州家庭能源补助计划) 以及 Puget Sound Energy Home Energy Lifeline Program (PSE HELP, 普吉特海湾能源家庭能源生命线计划)。家庭可能有资格获得 LIHEAP 或 SHEAP, 也可能会有资格获得 PSE HELP; 请参阅下面的资格指南进行了解。您可以通过填写本文件包申请 LIHEAP、SHEAP 和 PSE HELP。此外, 您还可以登录 pse.com 来申请 PSE HELP。

申请资格

家庭必须满足以下**所有三项**要求:

1. **您的家庭必须在西雅图市范围内。** 邮政编码为 98177 和 98133 的区域由两个不同的机构提供服务; 请致电了解您是否在我们的服务区域之内。针对位于西雅图非建制地区邮政编码为 98148 或 98168 的区域, 我们不提供服务。
2. **您的家庭月收入必须处于或低于联邦贫困线的 150%。** 请在我们的网站 byrdbarrplace.org/energy 上查看以下收入资格准则以及更大家庭规模的相关信息。申请资格以您申请签名日期之前的月份为准。我们可以对 1 个月、3 个月或 12 个月的收入进行评估。在支付补助时, 将从所有应税收入中按 20% 扣税。

家庭成员人数	LIHEAP 要求的平均月收入上限	SHEAP 要求的平均月收入上限	PSE HELP 要求的平均月收入上限
1 人	\$1,833	\$5,887	\$6,475
2 人	\$2,555	\$6,729	\$7,400
3 人	\$3,228	\$7,570	\$8,325
4 人	\$3,900	\$8,408	\$9,246
5 人	\$4,573	\$9,083	\$9,988

3. **您的家庭必须拥有一个 Seattle City Light、燃油公司和/或 Puget Sound Energy 的有效能源公用事业账户, 或您的家庭支付的租金中包含能源费用。**

申请方式

邮寄	自行递送	电子邮件	线上
722 18 th Ave Seattle, WA 98122	722 18 th Ave Seattle, WA 98122 周 一至周五, 上午 9 点 至下午 5 点	energyassistance@ byrdbarr.place	tfaforms.com/5052144

*请注意, 您的申请表自签字之日起 90 天后失效, 送到我们办公室的不完整的申请表我们不予接受。

所需的文件

1. 供暖类型的文件

- Seattle City Light (SCL) 电费账单的副本和/或 Puget Sound Energy (PSE) 账单的副本和/或油费账单的副本。

- 或 -

如果您所支付的暖气费是包含在租金中的固定费用，则必须提供以下所有三份文件：

- 由房东签字并注明日期的 Heat with Rent (HWR, 租金含暖气费) 证明书。
- 注明暖气费包含在房租内的已签字租房合同的复印件。
- 最近 6 个月的租金收据、分类账、或重新证明书，证明您最近在当前住址居住。

2. 社会安全卡/证明文件

请提供家中同住的所有人员的社会安全卡/证明文件。其中包括住在家中的成年人和未成年人。

- 美国社会安全卡

针对社会安全卡已丢失的任何家庭成员，均需提供美国出生证明或美国护照，以及以下可以显示其完整社会安全号码 (SSN) 的替代材料之一：

- 包含完整 SSN 的 W-2 Form (W-2 表) (包括 W-2C、W-2G 等)
- 包含完整 SSN 的 SSA-1099 Form (SSA-1099 表) (包括 SSA-1099-SM、SSA-1099-R-OP1 等)
- 包含完整 SSN 的 Non-SSA 1099 Form (非 SSA 1099 表) (包括 1099-DIV、1099-MISC 等)
- 包含完整 SSN 的 1098 Form (1098 表) (包括 1098-C 等)

3. 在申请表上签字之日前 3 个月的收入证明文件。年满 18 岁的所有家庭成员必须提供收入证明文件。请参阅下述收入类型和所需的相应证明文件。

- **劳动收入：**必须提供工资存根，且须为自您签署申请表之日起上一个月的工资存根。针对工资存根，请参照发薪日（而不是发薪期）来确定其对哪个月的收入有效。若您无法提供任何工资存根，则须填写 Self-Declaration of Income Form（自我收入声明表）。
- **Social Security Administration (SSA, 社会安全局) 福利、Supplemental Security Income (SSI, 社会安全生活补助金)、Pension (养老金)、Temporary Assistance for Needy Families (TANF, 困难家庭临时补助) 及 AGED, BLIND and DISABLED (ABD, 老年、失明及残障补助金)：**针对补助性收入证明文件，请提供收入函。若您无法提供社会安全福利证明文件，请提供银行对账单。
- **自雇：**请填写关于您创办的小型企业的 Self-Employed Income Form（自雇收入表）。我们需要日期为前三个月的明细收据，且收据中必须包含政策允许的扣税额。如果收入超过允许的标准扣税额且家庭成员可以提供自雇营业证明（例如名片、银行对账单、或网站截图），则每月自雇收入的标准扣税额为 50%。
- **子女抚养费：**请提供有关子女抚养费的信息，例如法庭正式声明。若以现金支付，请提供银行对账单并对其进行高亮显示。还要填写 Self-Declaration of Income Form（自我收入声明表），说明您为何无法提供关于子女抚养费的证明文件，并填写过去三个月收到的金额。
- **无收入：**若您没有任何收入来源，请填写 Declaration of No Income Form（无收入声明表）。仅当您获得的收入或福利为 \$0 时，才填写此表。
- **若您有收入，但无法提供证明文件：**若您无法提供工资存根或社会安全福利收入的证明文件，请填写 Self-Declaration of Income Form。



您是否对我们提供的其他计划感兴趣？

请勾选您感兴趣的计划。请注意：寄回此表并不保证您可以获得补助。请访问我们的网站 byrdbarrplace.org/energy 或致电联系我们，了解资格要求、计划详情及获取更新的申请表。

LIHEAP FURNACE REPAIR PROGRAM (FRP, LIHEAP 暖气炉维修计划)

符合 LIHEAP 资格的家庭（房主）可以申请领取暖气炉清洁、维修、或更换补助，最高可达 \$10,000。

LIHEAP AIR CONDITIONER PROGRAM (AC, LIHEAP 空调计划)

符合 LIHEAP 资格的家庭可以申请一台便携式空调设备。

想要及时了解您的申请的最新情况？选择接收来自 Byrd Barr Place 的短信。

我想选择接收短信。

通过勾选此框，即表示我同意接收来自 Byrd Barr Place 的有关我的申请状态以及可能需要的补充信息或文件的短信。我确认我可能会收到有关我可能有资格参加的其他计划的短信。

电话号码： _____

您是否了解，您还可申请 **Seattle City Light Utility Discount Program (Seattle City Light 公用事业费用折扣计划)** ？

符合资格的家庭可以申请加入西雅图市的 Utility Discount Program (UDP, 公用事业费用折扣计划)，加入该计划后，Seattle City Light 账单可获得 60% 的折扣，Seattle Public Utilities 账单可获得 50% 的折扣。直接向 **Seattle City Light** 申请此计划即可。请访问 seattle.gov/human-services/services-and-programs/utility-discount-program，或致电 206-684-0268，与市代表交流。

HOUSEHOLD INFORMATION FORM (HIF) (2016年7月)

*机构:	提供的补助: <input type="checkbox"/> *能源补助 或 <input type="checkbox"/> *危机补助 - 实时危机 或 <input type="checkbox"/> *危机补助 - 无暖气 <input type="checkbox"/> 其他紧急服务 <input type="checkbox"/> 保育教育	<input type="checkbox"/> 对房屋节能改造感兴趣 <input type="checkbox"/> 部落成员 <input type="checkbox"/> 领取食品救济 <input type="checkbox"/> 租金含取暖费 <input type="checkbox"/> 去年领取了 EAP 补助	档案编号: 证明日期:
-------------	--	---	----------------------------------

A 部分: 家庭联系方式与资格信息

***主申请人:** _____ (姓氏) _____ (名字) _____ (中间名首字母)

***住址:** _____
 城市、州、邮政编码: _____

通信地址: _____
 (如不同于上述地址)
 城市、州、邮政编码: _____

电话号码: () - _____ 用于收发短信的电话号码: () - _____ 居住情况: 年: _____ 月: _____

*住房状态: 1 <input type="checkbox"/> 自有/购买 2 <input type="checkbox"/> 补贴性住房 3 <input type="checkbox"/> 租赁 4 <input type="checkbox"/> 房客/寄宿 5 <input type="checkbox"/> 临时性住房 每月费用: \$ _____	*住房类型: 1 <input type="checkbox"/> 1-3 户 2 <input type="checkbox"/> 4 户以上 3 <input type="checkbox"/> 高层住宅 4 <input type="checkbox"/> 流动式房屋 5 <input type="checkbox"/> 露营车 卧室数量: _____	*收入/福利: <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> 劳动收入 <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> 养老金 <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> 子女抚养费 <input type="checkbox"/> Soc.Sec. <input type="checkbox"/> 失业救济金 <input type="checkbox"/> 军人津贴 <input type="checkbox"/> 其他	*家庭人口总数: *家庭月收入: \$ _____
--	---	--	---

目标群体 #1: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	*主要热源: 1 <input type="checkbox"/> 电 2 <input type="checkbox"/> 天然气 3 <input type="checkbox"/> 丙烷	4 <input type="checkbox"/> 汽油 5 <input type="checkbox"/> 木柴 6 <input type="checkbox"/> 煤炭	*每年取暖费: \$ _____ <input type="checkbox"/> 备用取暖费 能源费用总额: \$ _____ <input type="checkbox"/> 使用的替代数据 *每年电费总额: \$ _____
--	--	---	--

B 部分: Energy Assistance (EAP, 能源补助计划)

工作人员: _____ 订单号: _____

向供应商付款: _____ 家庭达到资格标准的金额: \$ _____

#1 _____ 账号: _____ 直接向申请人支付的金额: \$ _____

#2 _____ 账号: _____ \$ _____

迄今为止 EAP 支付的总额: \$ _____

C 部分: 其他紧急服务 (OES)

工作人员: _____ 订单号: _____

供暖系统: 维修 供应商编号#: _____ \$ _____

更换 供应商编号#: _____ \$ _____

其他维修与服务: 供应商编号#: _____ \$ _____

供应商编号#: _____ \$ _____

避难所援助: 供应商编号#: _____ \$ _____

迄今为止其他紧急服务 (OES) 支付的总额: \$ _____

本人证明, 本人已提供本文件每页所需的所有信息并已仔细检查, 据本人所知, 这些信息均准确无误。本人理解, 若本人蓄意提供虚假信息, 可能会受到刑事起诉。此外, 本人理解, 若在提供上述信息后未在合理的期限内确定本人的资格, 或若本人未获得自认为有资格获得的福利, 本人可以要求举行公平听证会。本人允许该机构和 Washington State Department of Commerce (COMMERCE, 华盛顿州商务部) 索取/披露必要的信息, 从而使本人获得此项补助申请及华盛顿州管理的类似和相关计划所给予的福利, 包括食品救济。此外, 本人还允许上述供暖服务供应商建立信用额度, 以及/或向该机构或 COMMERCE 披露本人的帐户信息, 以进行当前和未来的数据分析和资格认定。若供应商是 Seattle City Light 或 Seattle Public Utilities, 则自本申请之日起六个月内允许披露客户账单和消费信息。本人理解, 有必要提供本人的社会安全号码, 以避免向同一申请家庭重复支付能源补助福利。本人特此授权能源补助计划工作人员亦可使用本人的社会安全号进行收入核验 (包括 Employment Security (就业保障部) 失业保险以及 Department of Social and Health Services (DSHS, 社会和卫生服务部) 食品救济)。此外, 本人授权该机构和 COMMERCE 可以在其组织范围内使用本人的个人信息, 以识别和报告非重复的非个人申请资料。

***申请人签名:** _____ **日期:** _____ **4**

(备注: 以 (*) 标记的所有字段均为必填信息。)

PSE 账单补助申请表



请完整填写此申请表；请清晰输入或打印，并保留副本，以供备案

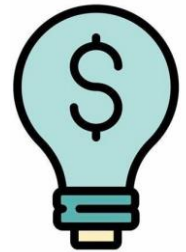
家庭信息 (必填)				
申请人姓名 (姓氏)	(名字)	(中间名首字母)	SSN/Individual Taxpayer Identification Number (ITIN, 个人纳税人识别号) 的后四位	出生日期 (年/月/日)
家中的第二位成年人 (姓氏)	(名字)	(中间名首字母)	SSN/ITIN 的后四位	出生日期 (年/月/日)
账号		电子邮件地址		
住址	城市	县郡	州	邮政编码
通信地址 (如不同于上述地址)	城市	县郡	州	邮政编码
电话	用于收发短信的电话号码	迁入现住址的日期		
家中总人数	(自愿填写) 家中符合下列情况的人数: _____ 0-2 岁 _____ 3-5 岁 _____ 6-17 岁 _____ 60 岁以上 _____ 残障人士			
家庭成员信息 (六位以上家庭成员, 请在背面列出)				
姓名 (姓氏和名字)			出生日期 (年/月/日)	
姓名 (姓氏和名字)			出生日期 (年/月/日)	
姓名 (姓氏和名字)			出生日期 (年/月/日)	
姓名 (姓氏和名字)			出生日期 (年/月/日)	
姓名 (姓氏和名字)			出生日期 (年/月/日)	
姓名 (姓氏和名字)			出生日期 (年/月/日)	
住房状态	住房类型	月收入		
<input type="checkbox"/> 自有/购买 <input type="checkbox"/> 补贴性住房 <input type="checkbox"/> 租赁 \$ _____ 每月	<input type="checkbox"/> 1-3 户 (别墅类住宅、两用房、三用房、小型住宅) <input type="checkbox"/> 4 户以上 (1 层和 2 层公寓楼、联排别墅/有 4 个以上单元的公寓楼) <input type="checkbox"/> 高层住宅 (3 层或更多层的公寓楼) <input type="checkbox"/> 流动式房屋/活动房屋 (或 40 英尺以上的露营车) <input type="checkbox"/> 露营车 (40 英尺以下的露营车)	家庭每月总* 收入 \$ _____ 每月 *税前和其他扣除前		
家庭每月总收入来源				
1 \$ _____ Supplemental Security Income (社会安全生活补助金)	6 \$ _____ 劳动收入	11 \$ _____ Labor & Industries (L&I, 劳工与工业部) 工伤补偿		
2 \$ _____ TANF	7 \$ _____ 养老金	12 \$ _____ 自雇		
3 \$ _____ General Assistance (GAU, 一般性补助)	8 \$ _____ 军人津贴	13 \$ _____ 其他		
4 \$ _____ Veterans Affairs (退伍军人事务部) 福利	9 \$ _____ 子女抚养费			
5 \$ _____ Social Security Admin (社会安全局) 福利	10 \$ _____ 失业救济金			
在下方签名并填写日期, 即表示您同意以下内容: 本人证明, 本人为证明符合资格参加 Bill Discount Rate (账单折扣率计划) 和 PSE HELP 计划所提供的信息准确无误。 本人理解, 本人可能需要应要求提交证明文件以进行核校。此外, 每年必须重新申请一次 Bill Discount Rate 和 PSE HELP 计划的资格, 因此我需要每年都重新申请一次, 以维持我所获得的任何补助。 本人特此授权 Puget Sound Energy, Inc.(PSE) 可以向本人当地的 Community Action Agency (社区行动机构) (简称为“Agency”(机构)) 及 Washington State Department of Commerce (华盛顿州商务部) (简称为“Commerce”(商务部)) 披露和交换有关我的申请信息。本人理解, 这些信息是或可能是保密的, 并且将受到保护, 以防未经授权的披露。本人可随时通过向 PSE 和/或我的当地机构发出书面通知的方式撤销此授权。				
申请人签名			日期	



节能省钱小秘方

以下是帮助您节能省钱的方法。如要符合 LIHEAP 的资格，请查看下列小秘方并在下方签名，确认您已经阅读了这些小秘方。

- 在不使用或离开家时拔下电子设备的电源。
- 您可以考虑购买一个电源插排来轻松关闭多台设备。
- 若房间无人使用，请关灯。
- 调低冰箱温度（36 至 38°F（2 至 3°C））。
- 确保每次使用后关闭电器。
- 考虑将灯泡更换为节能灯（一体式荧光灯和发光二极管灯）。
- 使用防风雨条、填缝料或塑料膜密封门窗的漏风处。
- 尽可能避免使用小型取暖器，因为不仅费用高昂、存在安全隐患，而且在为整个家庭供暖时并非为最节能的选择。
- 定期对通风口和供暖系统散热口进行清洁除尘。
- 在窗户上安装浅色窗帘，白天可以打开窗帘以获得光照，晚上可以关闭窗帘以保持室内温暖舒适。
- 考虑安装节水淋浴喷头。
- 将热水器恒温器调低至 120°F（49°C）
- 定期为灯具除尘。
- 淋浴，而不要泡浴。
- 让洗碗机满负荷运转，让餐具风干。
- 每次出门时都要调低恒温器的温度。
- 在使用洗衣机洗衣时尽量多放衣物，用冷水洗，然后晾干衣物，并清洁绒毛收集袋。
- 逐渐调高家中温度，因为突然调高会显著增加能耗。



购买节能电器、淋浴喷头和节能灯时可享有折扣。请在线查询或致电 Seattle City Light 或 Puget Sound Energy 的节能顾问，了解更多详情及申请方式！

Seattle City Light: 电话: (206) 684-3800, 电子邮件地址: SCLEnergyAdvisor@seattle.gov 或访问: seattle.gov/light/conserve

Puget Sound Energy: 电话: 1-800-562-1482, 电子邮件地址: EnergyAdvisor@pse.com 或访问: pse.com/rebates

本人确认，本人已阅读上述节能省钱小秘方。

申请人签名: _____ 日期: _____

电子邮件地址: _____

Household Member Information Form (2016年7月)

*姓氏		*名字		中间名首字母	*SSN (主申请人必填) --/--/--	*出生日期 --/--/--			
*与主申请人的关系 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 其他非亲属		*性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		*种族 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 多种族 <input type="checkbox"/> 其他		*教育程度 (24岁或以上) <input type="checkbox"/> 0-8年 <input type="checkbox"/> 9-12年, 无毕业证 <input type="checkbox"/> 高中毕业/General Education Diploma (GED, 普通教育发展证书) <input type="checkbox"/> 12年以上专上程度 <input type="checkbox"/> 2年或4年制大学毕业 包含在上述计算中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		*残障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *退伍军人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *健康保险 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
*姓氏		*名字		中间名首字母	*SSN (次要申请人必填) --/--/--	*出生日期 --/--/--			
*与主申请人的关系 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 其他非亲属		*性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		*种族 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 多种族 <input type="checkbox"/> 其他		*教育程度 (24岁或以上) <input type="checkbox"/> 0-8年 <input type="checkbox"/> 9-12年, 无毕业证 <input type="checkbox"/> 高中毕业/General Education Diploma (GED, 普通教育发展证书) <input type="checkbox"/> 12年以上专上程度 <input type="checkbox"/> 2年或4年制大学毕业 包含在上述计算中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		*残障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *退伍军人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *健康保险 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
次要申请人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		*族裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔							
*姓氏		*名字		中间名首字母	SSN --/--/--	*出生日期 --/--/--			
*与主申请人的关系 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 其他非亲属		*性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		*种族 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 多种族 <input type="checkbox"/> 其他		*教育程度 (24岁或以上) <input type="checkbox"/> 0-8年 <input type="checkbox"/> 9-12年, 无毕业证 <input type="checkbox"/> 高中毕业/General Education Diploma (GED, 普通教育发展证书) <input type="checkbox"/> 12年以上专上程度 <input type="checkbox"/> 2年或4年制大学毕业 包含在上述计算中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		*残障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *退伍军人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *健康保险 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
*姓氏		*名字		中间名首字母	SSN --/--/--	*出生日期 --/--/--			
*与主申请人的关系 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 其他非亲属		*性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		*种族 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 多种族 <input type="checkbox"/> 其他		*教育程度 (24岁或以上) <input type="checkbox"/> 0-8年 <input type="checkbox"/> 9-12年, 无毕业证 <input type="checkbox"/> 高中毕业/General Education Diploma (GED, 普通教育发展证书) <input type="checkbox"/> 12年以上专上程度 <input type="checkbox"/> 2年或4年制大学毕业 包含在上述计算中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		*残障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *退伍军人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *健康保险 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
*姓氏		*名字		中间名首字母	SSN --/--/--	*出生日期 --/--/--			
*与主申请人的关系 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 其他非亲属		*性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		*种族 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 多种族 <input type="checkbox"/> 其他		*教育程度 (24岁或以上) <input type="checkbox"/> 0-8年 <input type="checkbox"/> 9-12年, 无毕业证 <input type="checkbox"/> 高中毕业/General Education Diploma (GED, 普通教育发展证书) <input type="checkbox"/> 12年以上专上程度 <input type="checkbox"/> 2年或4年制大学毕业 包含在上述计算中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		*残障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *退伍军人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *健康保险 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
*姓氏		*名字		中间名首字母	SSN --/--/--	*出生日期 --/--/--			
*与主申请人的关系 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 其他非亲属		*性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		*种族 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 多种族 <input type="checkbox"/> 其他		*教育程度 (24岁或以上) <input type="checkbox"/> 0-8年 <input type="checkbox"/> 9-12年, 无毕业证 <input type="checkbox"/> 高中毕业/General Education Diploma (GED, 普通教育发展证书) <input type="checkbox"/> 12年以上专上程度 <input type="checkbox"/> 2年或4年制大学毕业 包含在上述计算中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		*残障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *退伍军人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *健康保险 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
*姓氏		*名字		中间名首字母	SSN --/--/--	*出生日期 --/--/--			
*与主申请人的关系 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 其他非亲属		*性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		*种族 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 多种族 <input type="checkbox"/> 其他		*教育程度 (24岁或以上) <input type="checkbox"/> 0-8年 <input type="checkbox"/> 9-12年, 无毕业证 <input type="checkbox"/> 高中毕业/General Education Diploma (GED, 普通教育发展证书) <input type="checkbox"/> 12年以上专上程度 <input type="checkbox"/> 2年或4年制大学毕业 包含在上述计算中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		*残障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *退伍军人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *健康保险 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

备注: 以 (*) 标记的所有字段均为必填信息。主申请人和次要申请人的 SSN 也必须填写。

Household Income Information Form (所有 18 岁以上成年人)

(不包括当月)

第一位家庭成员姓名:	每月:	每月:	每月:
备注:	<input type="checkbox"/> 劳动收入 \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 无收入 <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> 其他: \$ _____	<input type="checkbox"/> 劳动收入 \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 无收入 <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> 其他: \$ _____	<input type="checkbox"/> 劳动收入 \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 无收入 <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> 其他: \$ _____
第二位家庭成员姓名:	每月:	每月:	每月:
备注:	<input type="checkbox"/> 劳动收入 \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 无收入 <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> 其他: \$ _____	<input type="checkbox"/> 劳动收入 \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 无收入 <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> 其他: \$ _____	<input type="checkbox"/> 劳动收入 \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 无收入 <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> 其他: \$ _____
第三位家庭成员姓名:	每月:	每月:	每月:
备注:	<input type="checkbox"/> 劳动收入 \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 无收入 <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> 其他: \$ _____	<input type="checkbox"/> 劳动收入 \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 无收入 <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> 其他: \$ _____	<input type="checkbox"/> 劳动收入 \$ _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 无收入 <input type="checkbox"/> SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI: \$ _____ <input type="checkbox"/> GA: \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF: \$ _____ <input type="checkbox"/> 其他: \$ _____



Heat with Rent (HWR, 租金含暖气费) Verification Form (证明书)

- 本证明书必须由楼栋管理员或房主填写并签署。
- 本证明书必须随附日期在最近一年内的租约，并说明租金中含取暖费。
- 本证明书必须附有一份可以证明您最近6个月内支付过租金的文件，如最近的租金收据、租金分类账或重新认证函。

本人特此声明，_____ 为下列房屋的承租人：
客户全名

公寓名称

街道地址

门牌号

邮政编码

以及在当前住址居住的起始时间 _____ 年 _____ 月

住宅的主要热源来自： 电 天然气

租赁协议中是否规定，取暖费包含在月租金中？ 是 否

管理员/房主（正楷书写姓名）： _____

签名： _____ 日期： _____

电子邮件地址： _____ 电话号码： _____

本人证明，就本人所知，上述信息真实准确。



Declaration Statement of No Income (DSNI)

本人，_____，特此声明，本人在下述月份或发薪日期（全名）未获得任何收入。

签署 IHEAP 申请表的月份是：_____。

在签署之日前的三个月中，您在哪个月无收入？

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2024 年 7 月 | <input type="checkbox"/> 2024 年 12 月 | <input type="checkbox"/> 2025 年 5 月 |
| <input type="checkbox"/> 2024 年 8 月 | <input type="checkbox"/> 2025 年 1 月 | <input type="checkbox"/> 2025 年 6 月 |
| <input type="checkbox"/> 2024 年 9 月 | <input type="checkbox"/> 2025 年 2 月 | <input type="checkbox"/> 2025 年 7 月 |
| <input type="checkbox"/> 2024 年 10 月 | <input type="checkbox"/> 2025 年 3 月 | <input type="checkbox"/> 2025 年 8 月 |
| <input type="checkbox"/> 2024 年 11 月 | <input type="checkbox"/> 2025 年 4 月 | |

(必填) 本人在上述月份没有收入的原因是：

(必填) 本人一直在通过下列方式满足食物、住所及公用设施方面的基本生活需求：

本人证明，据本人所知，上述信息完整准确。本人了解，本人一经签署本声明，即表示若本人蓄意提供虚假信息，将导致本人丧失获得补助的资格，并将受到起诉。

签名：_____ **日期：**_____

EAP 工作人员签名：_____ **日期：**_____



Self-Declaration of Income (SDI)

本人， _____ ， 特此声明， 以下金额代表我在申请日期前三个月的收入：

月：	金额：	<input type="checkbox"/> 总金额	<input type="checkbox"/> 净金额
1. _____		1. _____	
2. _____		2. _____	
3. _____		3. _____	

收入类型：

现金 个人支票 直接转存 福利 劳动收入

其他： _____

(必填) 我的这笔收入来自： _____

(必填) 我无法提供任何收入文件， 因为： _____

请提交任何可以证明收入的文件， 如银行对账单、 收据、 信件、 个人支票等。

申请人签名： _____ **日期：** _____

EAP 工作人员签名： _____ 日期： _____



Self-Employed Declaration of Income (SEDI)

企业名称: _____ 业务类型: _____

本人, _____, 特此声明, 在扣除以下月份的业务费用之前, 我的总收入为:

1) _____ 2) _____ 3) _____
\$ _____ \$ _____ \$ _____

如需扣除业务费用, 请勾选以下一个选项:

- 我将提供前三个月的明细收据。请致电 206-812-4940, 索取邮寄给您的允许扣除额的清单的副本, 或发送电子邮件至 energyassistance@byrdbarr.place 索取副本。
- 我没有收据。请申请标准扣除额。(建议)

请连同本表提交以下所需文件。

1. 营业证明, 如营业执照、名片等。
2. 业务分类账、银行存款对账单、发票、或基于应用程序的收入截图。

本人证明, 本雇用声明中的信息完整准确。本人了解, 本人一经签署本声明, 即表示若本人蓄意提供虚假信息, 将导致本人丧失获得补助的资格, 并将受到刑事起诉。

客户签名: _____ 日期: _____

EAP 工作人员签名: _____ 日期: _____

*此部分由 EAP 工作人员填写。请勿填写。

	总收入	标准扣除额	允许扣除总额	总净额
第 1 个月	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
第 2 个月	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
第 3 个月	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
总计	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

每月平均净收入: \$ _____



Air Conditioner Request Form (空调申请书)

符合 LIHEAP 资格的家庭现在可以申请空调设备。**符合条件的家庭在申请之前必须获得当前 LIHEAP 计划年度的批准。**本文件概述了接收和运行空调设备的要求、条款和条件。请仔细阅读。如果客户选择接受空调设备，则应保留此文件作为客户的记录。

空调设备的规格和运行要求

- 该设备为独立式便携空调设备，重约 55 至 70 磅（25 千克至 32 千克），尺寸约为 18 英寸（46 厘米）x 15 英寸（38 厘米）宽，最高为 36 英寸（91 厘米）。其不可以置于窗户的位置。
- 该空调设备的电源插头必须插在墙上的插座上，并且安装在靠近窗户的水平表面上。
- 该空调设备的主体部分已经组装完好，但包括软管和窗口连接器，在设备运行前必须连接或组装好。
- 在交付后以及不使用期间，该空调设备应直立存放。便携式空调设备在使用前必须直立放置至少 24 小时的时间。
- 该空调设备需要定期进行轻度维护，包括清洁空气过滤器和排出积聚的水分。该空调设备将附带一本提供更多信息和说明的使用手册。
- 该空调设备仅供受助人家庭使用

其他重要条款

- 我们将使用第三方将设备配送给您，我们会让他们将空调设备送到您在下方指定的送货地址处，或之前与您的物业管理方商定的地址处。
- 在交货后，受助人将对空调设备承担全部责任，包括但不限于移动、组装、安装和正确使用。
- 我们对空调设备的使用**不作任何保证，也不承担任何责任**。此外，无论是否按照用户手册的指示，我们都不对因处理或操作空调设备而造成的任何缺陷、损坏、事故、或伤害负责或承担责任。
- 请将有关该空调设备的所有意见、疑虑、更换、或其他要求（包括任何缺陷、损坏或故障问题）提交给设备制造商。我们无法协助处理任何此类事宜。
- 我们将该空调设备作为一次性福利提供给您。一个家庭一次只能领取一台空调设备。我们不会提供额外的或替换的空调设备。

接下来的步骤

- 一旦您的申请获得批准，您将收到一封电子邮件，通知您接下来将如何收取您的空调设备。

在本表上签名即表示您希望获得一台空调。

如果您 1) 不需要，2) 不愿意或无法获得空调设备，或 3) 已经通过此计划获得了一台空调设备，请勾选此处：

自 2024 年 10 月 1 日以来，我已经向 LIHEAP 提出了申请。

客户的正楷书写姓名：

EAP 工作人员签名：

客户的签名：

个案管理员签名：

日期：

电子邮件地址：

请注明该电子邮件地址属于谁： 本人 个案管理员 其他

客户的电话号码：

送货地址：

住址：