



Paquete de solicitud para asistencia de energía para el programa de los años 2024-2025

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

Elegibilidad

Los grupos familiares deben cumplir con **los tres** los requisitos a continuación:

- 1. Su grupo familiar debe estar dentro de los límites de la ciudad de Seattle.** Dos agencias diferentes brindan servicios a los códigos postales 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 de su grupo familiar debe ser igual o menor al 150 % del nivel federal de pobreza.** Consulte los criterios de elegibilidad a continuación y tamaños más grandes de grupos familiares según ingresos en nuestro sitio web byrdbarrplace.org/energy. La elegibilidad se basa en el mes antes de la fecha de la firma de su solicitud. Podemos evaluar 1, 3 o 12 meses de ingresos. Se deduce un 20 % a todos los ingresos generados gravados cuando se paga.

Número de miembros del grupo familiar	Máximo de ingreso mensual promedio para LIHEAP	Máximo de ingreso mensual promedio para SHEAP	Máximo de ingreso mensual promedio para PSE HELP
1 persona	\$1833	\$5887	\$6475
2 personas	\$2555	\$6729	\$7400
3 personas	\$3228	\$7570	\$8325
4 personas	\$3900	\$8408	\$9246
5 personas	\$4573	\$9083	\$9988

- 3. Su grupo familiar debe tener una cuenta activa de servicios públicos de energía** con Seattle City Light, de petróleo o Puget Sound Energy, o paga 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 lunes a viernes de 9 a m. a 5 p. m.	energyassistance@byrdbarr. place	tfaforms.com/5052144

***Tenga en cuenta que su solicitud vence a los 90 días de la fecha de firma y no podemos aceptar que se entregue una solicitud incompleta a nuestra oficina.**

Documentos requeridos

1. Documento de tipo de calefacción

- Copia de una factura de electricidad de Seattle City Light (SCL) o una factura de Puget Sound Energy (PSE) o un recibo de petróleo.

O

Si paga su costo de calefacción como una tarifa plana incluida en su alquiler, debe proporcionar tres copias de estos documentos:

- 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, un registro de alquiler o una carta de recertificación de los últimos 6 meses que muestre residencia reciente en la dirección actual.

2. Tarjeta o documentación del Seguro Social

Presente las tarjetas o documentación de Seguro Social de TODOS los miembros del grupo familiar que vivan el hogar. Esto incluye adultos y menores de edad que vivan actualmente en el domicilio.

- Tarjeta del Seguro Social de EE. UU.

Para cualquier miembro del grupo familiar que haya perdido su tarjeta de seguro social, se requiere un certificado de nacimiento o pasaporte de los EE. UU., además de una de las siguientes alternativas que muestran su SSN (social security number, número de seguro social):

- 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.)

3. Documentación de ingresos de los tres 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. Para recibos de sueldo, consulte la fecha de pago (y no el periodo de pago) para determinar para qué mes de ingreso es válido. 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):** Para cualquier 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. Realice una deducción estándar del 50 % para cada mes de trabajo autónomo si los ingresos son mayores a la deducción estándar permitida Y si el miembro del grupo familiar puede presentar prueba de su empresa autónoma como tarjeta de negocios, estado de cuenta bancaria o captura de pantalla del sitio web.
- **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 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 recibió \$0 en ingresos generados o beneficios.
- **Ingresos sin documentación:** Complete el Self-Declaration of Income Form si no puede presentar recibos de sueldo o documentos de ingresos de beneficios de seguro social.



¿Le interesa otro programa de los que ofrecemos?

Marque las casillas de los programas que le interesen. Nota: Devolver este formulario no garantiza que reciba asistencia. Visite nuestro sitio web byrdbarrplace.org/energy o llámenos para saber más sobre los requisitos de elegibilidad y novedades de los programas o la solicitud.

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.

¿Quiere mantenerse actualizado sobre su solicitud? Suscríbese para recibir mensajes de texto de Byrd Barr Place.

Me gustaría suscribirme para recibir mensajes de texto.

Al tildar esta casilla, acepto recibir mensajes de texto de Byrd Barr Place en relación con el estado de mi solicitud y cualquier información o documento adicional que podría ser necesario. Reconozco que puedo recibir mensajes de texto sobre programas adicionales para los que puedo ser elegible.

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

¿Sabía que también puede solicitar el Seattle City Light Discount Program (Programa de Descuento de Seattle City Light)?

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) (7/2016)

*Agencia:	Asistencia suministrada: <input type="checkbox"/> *Asistencia energética Q <input type="checkbox"/> *Crisis - Inminente Q <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 climatización <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 a 3 personas 2 <input type="checkbox"/> Familia de 4 o más personas 3 <input type="checkbox"/> Edificio de gran altura 4 <input type="checkbox"/> Casa móvil 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 N.º 1: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Fuente primaria de calefacción: 1 <input type="checkbox"/> Electricidad 4 <input type="checkbox"/> Petróleo 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
Grupo objeto N.º 2: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SECCIÓN B: Asistencia energética (EAP)

Personal: _____ **P.O. N.º:** _____

SUMA DE ELEGIBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR: \$ _____

Pago a proveedor(es): _____ **Pago directo al solicitante:** \$ _____

N.º 1 _____ **N.º de cuenta:** _____ \$ _____

N.º 2 _____ **N.º de cuenta:** _____ \$ _____

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

SECCIÓN C: Otros servicios de emergencia (OES)

Personal: _____ **P.O. N.º:** _____

Sistema de calefacción: Reparaciones **N.º de proveedor:** _____ \$ _____

Reemplazo **N.º de proveedor:** _____ \$ _____

Otras reparaciones y servicios: **N.º de proveedor:** _____ \$ _____

N.º de proveedor: _____ \$ _____

Asistencia de albergue: **N.º de proveedor:** _____ \$ _____

SUMA TOTAL DE OES PAGADOS 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 (Comercio)] 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 COMERCIO 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 COMERCIO a usar mi información personal dentro de sus organizaciones con el fin de identificar e informar datos no duplicados y no personales de solicitantes.

***Firma del solicitante:** _____ **Fecha:** _____ **4**

(Nota: todos los campos marcados con un (*) son información obligatoria.)

Solicitud para asistencia para los recibos de PSE



PUGET SOUND ENERGY

Complete esta solicitud; escriba en computadora o en imprenta de forma clara y conserve 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/ITIN	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)
Segundo adulto en el grupo familiar (apellido)	(primer nombre)	(Inicial del segundo nombre)	Últimos cuatro dígitos del SSN/ITIN	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)
Número de cuenta		Dirección de correo electrónico		
Domicilio de residencia		Ciudad	Condado	Estado
Dirección postal (si es diferente a la de residencia)		Ciudad	Condado	Estado
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: _____ de 0 a 2 años _____ de 3 a 5 años _____ de 6 a 17 años _____ Más de 60 años Discapacitado		
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)	
Estado de la vivienda	Tipo de vivienda	Ingresos mensuales		
1 <input type="checkbox"/> Propia/Comprada 2 <input type="checkbox"/> Subsidiada 3 <input type="checkbox"/> Alquilada \$ _____ por mes	1 <input type="checkbox"/> Familia de 1 a 3 personas (casa, dúplex, triplex, casa pequeña) 2 <input type="checkbox"/> Familia de 4 o más personas (edificio de departamentos de 1 y 2 pisos., casa adosada/condominio con más de 4 unidades) 3 <input type="checkbox"/> Edificio de gran altura (edificio de departamentos de 3 pisos o más.) 4 <input type="checkbox"/> Casa móvil/prefabricada (o casa rodante de más de 40 pies) 5 <input type="checkbox"/> Casa rodante (de menos de 40 pies)	Ingresos brutos mensuales del* grupo familiar \$ _____ por mes *Antes de impuestos y otras deducciones		
Fuentes de ingresos mensuales del grupo familiar				
1 \$ ____ . ____ Seguridad de ingreso suplementario	6 \$ ____ . ____ Ingresos generados	11 \$ ____ . ____ Department of Labor and Industries (L&I, Departamento de Trabajo e Industrias), Indemnización por accidentes de trabajo		
2 \$ ____ . ____ TANF	7 \$ ____ . ____ Pensión	12 \$ ____ . ____ Trabajo autónomo		
3 \$ ____ . ____ Asistencia general (GAU, por su sigla en inglés)	8 \$ ____ . ____ Militar	13 \$ ____ . ____ Otro		
4 \$ ____ . ____ Asuntos de veteranos	9 \$ ____ . ____ Pensión alimenticia			
5 \$ ____ . ____ Administración del Seguro Social	10 \$ ____ . ____ Beneficios de desempleo			
Al firmar y fechar a continuación, acepta lo siguiente:				
Certifico que la información de ingresos que proporcioné para demostrar mi elegibilidad para la tasa de descuento de recibos y el programa PSE HELP es verdadera. Sé que es posible que me soliciten documentación de apoyo con fines de verificación a pedido. Además, los programas de tasa de descuento de recibos y PSE HELP deben volverse a declarar cada año, de modo que necesitaré presentar la solicitud anualmente para mantener cualquier asistencia que reciba.				
Por la presente autorizo a Puget Sound Energy, Inc. (PSE) a divulgar e intercambiar información sobre mi solicitud a mi Community Action Agency (Agency) [Agencia de Acción Comunitaria (Agencia)] y el Washington State Department of Commerce (Commerce) [Departamento de Comercio del estado de Washington (Comercio)]. 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 y/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, 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 (de 36 a 38 °F [de 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 eléctricos 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 de Seattle City Light o Puget Sound Energy 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/conserves

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 energía y dinero.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Correo electrónico: _____

Household Member Information Form (Formulario de información de los miembros del hogar) (7/2016)

*Apellido		*Primer nombre		Inicial 2° n.	*SSN (obligatorio si es miembro primario)	*Fecha de nacimiento	
*Relación con miembro 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 de otra parte 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 algún estudio post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años Incluidos en el cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <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 secundario)	*Fecha de nacimiento	
*Relación con miembro 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 de otra parte 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 algún estudio post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años Incluidos en el cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <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
Solicitante secundario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino					
*Apellido		*Primer nombre		Inicial 2° n.	SSN	*Fecha de nacimiento	
*Relación con miembro 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 de otra parte 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 algún estudio post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años Incluidos en el cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <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 miembro 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 de otra parte 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 algún estudio post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años Incluidos en el cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <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 miembro 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 de otra parte 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 algún estudio post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años Incluidos en el cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <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 miembro 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 de otra parte 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 algún estudio post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años Incluidos en el cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <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 miembro 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 de otra parte 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 algún estudio post secundario <input type="checkbox"/> Graduado universitario 2 o 4 años Incluidos en el cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <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 (todos adultos mayores de 18 años)

(No incluya el mes actual)

Nombre del miembro del grupo familiar N.º 1:	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: \$ _____
Nombre del miembro del grupo familiar N.º 2:	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: \$ _____
Nombre del miembro del grupo familiar N.º 3:	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: \$ _____



Verification Form (Formulario de verificación) de Heat with Rent (HWR, Calefacción con alquiler)

- 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.
- Este formulario DEBE estar acompañado por un documento que muestre pagos recientes en su dirección con fecha dentro de los últimos seis meses, como recibo de alquiler reciente, registro de alquiler o carta de recertificación.

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

Nombre del departamento

Dirección postal

Dpto. N.º

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: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

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



Declaration Statement of No Income (DSNI)

Yo, _____, por la presente declaro que no he recibido ingreso
(nombre completo)
alguno en el/los mes/es o fecha/s de pago indicados a continuación.

Esta solicitud LIHEAP 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 2024 | <input type="checkbox"/> Diciembre de 2024 | <input type="checkbox"/> Mayo de 2025 |
| <input type="checkbox"/> Agosto de 2024 | <input type="checkbox"/> Enero de 2025 | <input type="checkbox"/> Junio de 2025 |
| <input type="checkbox"/> Septiembre de 2024 | <input type="checkbox"/> Febrero de 2025 | <input type="checkbox"/> Julio de 2025 |
| <input type="checkbox"/> Octubre de 2024 | <input type="checkbox"/> Marzo de 2025 | <input type="checkbox"/> Agosto de 2025 |
| <input type="checkbox"/> Noviembre de 2024 | <input type="checkbox"/> Abril de 2025 | |

(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 soy elegible.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma del personal de EAP: _____ **Fecha:** _____



Self-Declaration of Income (SDI)

Yo, _____, por la presente declaro que las siguientes cantidades de dólares representan mis ingresos de los tres meses anteriores a la fecha de mi solicitud:

Meses:	Cantidad:	<input type="checkbox"/> Bruta	<input type="checkbox"/> Neta
1. _____	1. _____		
2. _____	2. _____		
3. _____	3. _____		

Tipo de ingresos:

Efectivo Cheque personal Depósito directo Beneficio Ingresos generados Otro:

(OBLIGATORIO) Recibí este ingreso de:

(OBLIGATORIO) No podría proporcionar ningún documento de ingresos porque:

Envíe cualquier documentación que muestre los ingresos recibidos, como estado de cuenta bancaria, recibo, carta, cheque personal, etc.

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

Firma del personal de EAP: _____ Fecha: _____



Self-Employed Declaration of Income (SEDI)

Nombre de la empresa: _____ Tipo de empresa: _____

Yo, _____, declaro que obtuve los **ingresos brutos** antes de que los gastos de la empresa se dedujeran para los siguientes meses:

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

Para deducir gastos empresariales marque una opción:

- Proporcionaré recibos detallados con fecha de los tres meses previos. Llame al 206-812-4940 para que le envíen por correo una copia de la lista de deducciones permitidas o envíe un correo electrónico a energyassistance@byrdbarr.place para solicitar una.
- No tengo recibos. Solicite una deducción estándar. (Recomendado)

Envíe la siguiente documentación requerida con este formulario.

1. Prueba de negocio, como licencia comercial, tarjeta de negocios, etc.
2. Libro de contabilidad, estados de depósito bancario, facturas o capturas de pantalla de ingresos basados en aplicaciones.

Certifico que la información incluida en esta declaración de empleo es completa y verdadera. Entiendo que al firmar esta declaración estoy sujeto a sanciones penales si presento información falsa de manera consciente que resulte en asistencia para la que no soy elegible.

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____

Firma del personal de EAP: _____ Fecha: _____

***El personal de EAP debe completar esta sección que aparece a continuación. NO complete.**

	Ingreso bruto	Deducción estándar	Deducción permitida total	Neto total
Mes 1	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Mes 2	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Mes 3	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
TOTAL	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

INGRESOS NETOS MENSUALES PROMEDIO: \$ _____



Air Conditioner Request Form (Formulario de solicitud de aire acondicionado)

Los grupos familiares elegibles para LIHEAP ahora pueden solicitar unidades de aire acondicionado. **Los grupos familiares elegibles deben tener la aprobación para este año del programa LIHEAP antes de realizar la solicitud.** Este documento describe requisitos, términos y condiciones para recibir y operar la unidad de aire acondicionado. Lea atentamente. El cliente debe conservar este documento en sus registros si opta por recibir una unidad de aire acondicionado.

Especificaciones de la unidad de aire acondicionado y requisitos de operación

- Se trata de una unidad portátil independiente, cuyo peso es de aproximadamente entre 55 (24,95 kg) y 70 libras (31,75 kg) con dimensiones de alrededor de 18 pulgadas (45,72 cm) por 15 pulgadas (38,1 cm) de ancho y hasta 36 pulgadas (91,44 cm) de alto. No se apoya en una ventana.
- La unidad se debe conectar a un toma de corriente y armar sobre una superficie nivelada cerca de una ventana.
- La parte principal de la unidad viene completamente ensamblada, pero incluye una manguera y conectores de ventana que se deben sujetar o ensamblar antes de que se pueda operar la unidad.
- Luego de la entrega y durante periodos en que no se use, la unidad se debe almacenar de forma vertical. Las unidades de aire acondicionado portátiles deben colocarse de forma vertical durante al menos 24 horas antes de su uso.
- La unidad requiere un mantenimiento periódico ligero, que incluye la limpieza de filtros de aire y el drenaje de cualquier acumulación de humedad. La unidad incluirá un manual de uso con información adicional e instrucciones.
- La unidad es solo para el uso del grupo familiar del destinatario.

Términos importantes adicionales

- Usamos a un tercero para distribuir la unidad, quien la entregará a la dirección de envío que designó a continuación o a una dirección que se haya acordado previamente con su administración inmobiliaria.
- Luego de la entrega, el destinatario acepta toda la responsabilidad de la unidad, incluida entre otros el traslado, ensamblado, instalación y uso adecuado.
- No establecemos garantías ni aceptamos responsabilidad con relación al uso de la unidad. Asimismo, no somos responsables de cualquier defecto, daño, accidente o lesión que resulte de manejar u operar la unidad, ya sea indicado en el manual de usuario o de otra manera.
- Consulte todos los comentarios, inquietudes, reemplazos u otras solicitudes sobre la unidad al fabricante, incluido cualquier defecto, daño o problema de malfuncionamiento. No podemos ayudarlo con ninguno de estos asuntos.
- **Le proporcionamos la unidad como un beneficio único. Un grupo familiar solo puede recibir una unidad por única vez. No proporcionaremos unidades adicionales o de reemplazo.**

Próximos pasos

- Recibirá un correo electrónico informándole una vez que se haya aprobado su solicitud y esta incluirá los próximos pasos sobre cómo recibirá la unidad.

Al firmar este formulario indica que desea recibir una unidad de aire acondicionado.

Si usted 1) no necesita, 2) no desea o no puede recibir una unidad de aire acondicionado o 3) ya recibió una unidad de aire acondicionado a través de este programa, marque aquí:

Realice una solicitud de LIHEAP desde el 1 de octubre de 2024.

Nombre escrito en imprenta del cliente: _____

Firma del personal de EAP: _____

Firma del administrador de casos: _____

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Indique a quien pertenece esta dirección de correo electrónico: Propia Administrador de casos Otra persona

Teléfono del cliente: _____

Dirección de envío: _____

Dirección residencial: _____