

- **DEBE CONTINUAR PAGANDO SU FACTURA ELECTRICA**, despues de suministrar su aplicación para evitar que le corten la electricidad.
- Si Usted todavia tiene crédito en su cuenta eléctrica debido a nuestro Programa de Asistencia, por favor no aplique hasta que el crédito este agotado.
- Complete todas las páginas de la aplicación, no deje ninguna área en blanco, y **ASEGURESE DE FIRMAR LA APLICACION!**
- Nota: Las aplicaciones que no estén firmadas o que no tengan toda la documentación completa se considerara como una aplicación incompleta. Usted va a recibir una carta con la información de que su aplicación está incompleta. La información solicitada debe ser retornada en 15 días hábiles para evitar que su aplicación sea rechazada.

NECESITAMOS COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PARA PROCESAR SU APLICACION:

Copia de una identificación válida de la persona que firma la aplicación. Opciones: Licencia, ID emitida por el Estado o federal, pasaporte, Identificación militar, Certificado de Nacimiento o Registración de votante.

- Tarjetas de Seguro Social de **todas las personas** que viven en el hogar, con excepción de los menores de 1 año en cuyo caso puede sustituirlo con su Certificado de Nacimiento.
- Prueba de estatus militar, veterano o activo (Tarjeta de Veterano, DD214, etc.)
- Prueba del **salario bruto** de los últimos 30 días de todas las personas que viven en el hogar que sean mayores de 18 años:
Cartas de aprobación del SSA/SSDI/SSI, carta de retiro/pensiones, boletas de pago, carta de manutención, carta del Programa de Ayuda familiar, pensión alimenticia, carta de desempleo. Personas con trabajo propio, pueden presentar su estado de cuenta, sus taxes actuales o del año anterior, documentos claros y legibles o, pueden llenar la forma de trabajo propio (disponible en CAC).
- La persona que firma la aplicación debe listar a todos los miembros del hogar que sean mayores de 18 años que no reciban ningun ingreso, en la Forma de Trabajo Propio proporcionada con la aplicación. Asegúrese de firmarla!
- Debe proporcionar su factura eléctrica actual y el consumo de energía de los últimos 12 meses o del tiempo que ha vivido en su hogar.
- Especificar la compañía de servicio por la que usted quiere recibir la ayuda, marcando la 1ra. Elección en la primera página de la aplicación.** (Electricidad, gas natural, propano, kerosene, madera, petróleo o carbón)
- Si su factura eléctrica está bajo el nombre de otra persona que **NO ES LA PERSONA APLICANTE, DEBE LISTAR** en el área requerida el nombre de la persona, cual es la relación con el **PARTICIPANTE** y los últimos cuatro números del seguro social. Si usted no proporciona esta información, su aplicación podria ser negada.

Por favor traiga o envíe por correo las **copias** de todos los documentos requeridos. **Por favor no entregue su aplicación si usted no tiene todos los documentos solicitados.** Nosotros no podemos retornar los originales. Usted puede aplicar en Knoxville, 2247 Western Av. ó, puede mandar por correo su aplicación completada con los documentos requeridos a:

Knoxville-Knox County Community Action Committee
Energy & Community Services/LIHEAP
PO Box 51650
Knoxville, TN 37950-1650

Solicitud para el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos

<i>Solo para el uso de agencia</i>
Fecha de aceptación de la solicitud:
Fecha de finalización de la solicitud:

Tipo de asistencia que está solicitando:

- Asistencia Energética Asistencia en caso de crisis

¿Recibió asistencia bajo el programa LIHEAP desde el **1 de octubre de 2024** a través de alguna agencia en TN? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué agencia fue? _____

Información del hogar

Dirección principal	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal	Condado
---------------------	-----------------	--------	---------------	---------

Información sobre la cabera del hogar

Nombre	Inicial media	Apellido(s)
--------	---------------	-------------

Complete las hojas de información individuales para cada miembro del hogar, incluido usted.

Dirección y datos de contacto

Teléfono principal	Teléfono secundario	Dirección de correo electrónico (opcional)
--------------------	---------------------	--

Dirección postal (si es diferente a la anterior)	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal	Condado
--	-----------------	--------	---------------	---------

Detalles de la familia

Tipo de familia: Individuo soltero/a Madre soltera Hombre soltero Adulto(s) con niño(s)
 Adulto(s) sin niño(s) Otro _____

Tipo de casa: Propio Alquiler Sección 8 Vivienda pública

¿Tiene una declaración médica firmada que indique que alguien en su hogar requiere equipo de soporte vital? Sí No

Artículos que necesitará cuando entregue esta solicitud:

1. La solicitud, completada en su totalidad
2. Identificación emitida por el gobierno para la cabera del hogar de familia
3. Hoja detallada para cada miembro del hogar, incluyendo la cabeza del hogar
4. Hoja de ingresos detallada para cada miembro del hogar mayor de 18 años.
5. Verificación del número de seguro social para cada individuo en el hogar. La asistencia será negada debido a la negativa del solicitante a proporcionar todos los números de seguro social y verificación de los miembros del hogar.
6. Documentación de ingresos (talones de pago, etc.)
7. Documentación anual de consumo de energía

Hoja de miembro del hogar
Solicitud de asistencia LIHEAP

Nombre de cabeza del hogar: _____

Hoja de información para miembros del hogar (use hojas adicionales según sea necesario)

Nota: Asistencia será negada debido a la negativa del solicitante a proporcionar los números de Seguro Social de todos los miembros del hogar y la verificación.

Número de miembros en el hogar:

Primer Nombre	Inicial Media	Apellido(s)
---------------	---------------	-------------

Genero	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
--------	---------------------	-------------------------

Relación con el hogar: Cabeza de hogar Esposo Hijo Niño en adopción temporal Nieto Hijo Padre
 Abuelo Otra relación No relacionado

Raza (seleccione una): Blanco Negro/Afroamericano Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska
 Nativo Hawaiano/Otro isleño del Pacífico Multirracial Otro _____

Hispano/Latino? Sí No

Ciudadanía: Nacido en los Estados Unidos/Naturalizado Residente legal elegible Residente legal no elegible
 Residente indocumentado

Empleo, si es mayor de 18 años Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado Buscando trabajo Desempleado
(seleccione uno): No Aplica Otro _____ No disponible

¿Tiene seguro médico? Si No

Educación, Grado 0-8 Grado 9-12 Graduado de la Prepa / GED No graduado -Prepa/GED
Si es mayor de 18: 12+ post. 2 o 4 Años Universitarios Graduado universitario 4 Años

Discapacidad: Ninguna Enfermedad mental Aprendizaje Cognitiva Visual Habla Auditiva Sordo Respiratoria
 Ortopédica Otro _____

Veterano o Militar Activo: Si No

Primer Nombre	Inicial Media	Apellido(s)
---------------	---------------	-------------

Genero	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
--------	---------------------	-------------------------

Relación con el hogar: Cabeza de hogar Esposo Hijo Niño en adopción temporal Nieto Hijo Padre
 Abuelo Otra relación No relacionado

Raza (seleccione una): Blanco Negro/Afroamericano Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska
 Nativo Hawaiano/Otro isleño del Pacífico Multirracial Otro _____

Hispano/Latino? Sí No

Ciudadanía: Nacido en los Estados Unidos/Naturalizado Residente legal elegible Residente legal no elegible
 Residente indocumentado

Empleo, si es mayor de 18 años Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado Buscando trabajo Desempleado
(seleccione uno): No Aplica Otro _____ No disponible

¿Tiene seguro médico? Si No

Educación, Grado 0-8 Grado 9-12 Graduado de la Prepa / GED No graduado -Prepa/GED
Si es mayor de 18: 12+ post. 2 o 4 Años Universitarios Graduado universitario 4 Años

Discapacidad: Ninguna Enfermedad mental Aprendizaje Cognitiva Visual Habla Auditiva Sordo Respiratoria
 Ortopédica Otro _____

Veterano o Militar Activo: Si No

Hoja de detalles de ingresos (adjunte una hoja por miembro del hogar, más de una si es necesario)

Nota: Todas las fuentes de ingresos deben ser reportadas con la excepción de los ingresos laborales para los miembros del hogar menores de 18 años

Ingresos: ¿Es este ingreso actual? Si No

Tipo de ingresos: Pensión alimenticia / manutención de los hijos Pensión Sueldo/Salarios Seguro Social SSDI SSI
 TANF/AFDC Desempleo Sin ingresos

Período de ingresos: Semanal Quincenal Cada dos semanas Mensual Trimestral Anualmente

Suma en bruto por período de pago:

Tipo de documentación proporcionada:

Detalles del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Longitud de Empl.
----------------------	-----------	--------	--------	---------------	-------------------

Ingresos: ¿Es este ingreso actual? Si No

Tipo de ingresos: Pensión alimenticia / manutención de los hijos Pensión Sueldo/Salarios Seguro Social SSDI SSI
 TANF/AFDC Desempleo Sin ingresos

Período de ingresos: Semanal Quincenal Cada dos semanas Mensual Trimestral Anualmente

Suma en bruto por período de pago:

Tipo de documentación proporcionada:

Detalles del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Longitud de Empl.
----------------------	-----------	--------	--------	---------------	-------------------

Ingresos: ¿Es este ingreso actual? Si No

Tipo de ingresos: Pensión alimenticia / manutención de los hijos Pensión Sueldo/Salarios Seguro Social SSDI SSI
 TANF/AFDC Desempleo Sin ingresos

Período de ingresos: Semanal Quincenal Cada dos semanas Mensual Trimestral Anualmente

Suma en bruto por período de pago:

Tipo de documentación proporcionada:

Detalles del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Longitud de Empl.
----------------------	-----------	--------	--------	---------------	-------------------

–Adjunte más hojas según sea necesario para documentar los ingresos:

Nota: Todas las fuentes de ingresos deben comunicarse, con la excepción de los ingresos laborales para los miembros del hogar menores de 18 años.

Detalles de la aplicación LIHEAP

Fuente(s) de energía: Leña Electricidad Fuelóleo Carbón Queroseno Gas Natural L.P Gas

Costos de energía en el hogar:

*Solo Vivienda pública / Sección 8 *

\$ _____

Cantidad de utilidad "Excedente" \$ _____

Empresa de servicios públicos o de energía para recibir el pago:

Nombre de la empresa de servicios:

Dirección de la empresa de servicios públicos:

Teléfono:

Cuenta:

Empresa adicional de servicios públicos o energía:

Nombre de la empresa de servicios públicos:

Dirección de la empresa de servicios:

Teléfono:

Cuenta:

Adjunte documentación anual de consumo de energía.

Certifico que la(s) cuenta(s) anterior(es) en nombre de _____

(últimos 4 dígitos de SS) _____ relación _____ es para el uso de mi hogar y soy responsable de sus pagos.

¿La cuenta está a nombre de su arrendador? Si No¿Alguna vez su hogar ha sido atendido bajo nuestro Programa de Climatización? Si No¿Está interesado en ese programa? Si NoSi solicita asistencia en caso de crisis, díganos por qué en el siguiente espacio:¿Le han desconectado la electricidad o el gas? Si No¿Ha recibido un aviso de corte de servicios? Si No*Si ha recibido un aviso de corte de servicios, adjunte una copia a esta solicitud.***Certificación del solicitante**

Certifico que toda la información proporcionada por mí es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier persona que encubra fraudulentamente un hecho material o que a sabiendas dé información falsa para recibir asistencia de LIHEAP es responsable de una multa de \$ 10,000 o prisión por no más de cinco años, o ambos. Autorizo la verificación de toda la información proporcionada en este documento para determinar mi elegibilidad y reconozco que he sido informado del proceso de apelación bajo las disposiciones del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos. Doy fe bajo pena de perjurio de que todas las personas que solicitan o reciben ayuda son ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros calificados según se define en 8 U.S.C. 1641 (b), o inmigrantes elegibles. Entiendo que se me notificará por escrito de mi estado de elegibilidad. La información de identificación proporcionada por usted para determinar su elegibilidad para LIHEAP y para la prestación de servicios del programa se considerará confidencial, a menos que la ley autorice o exija lo contrario, no se compartirá con ninguna otra persona o agencia, excepto para los fines directamente relacionados con la administración del programa (LIHEAP). Soy el cliente registrado, el agente autorizado del cliente o un tercero autorizado para la cuenta de servicio público identificada en esta solicitud, y autorizo a mi proveedor de servicios públicos a divulgar mis datos de cliente según lo solicite la agencia administradora de LIHEAP. Yo si estoy de acuerdo _____ Yo no estoy de acuerdo _____ en que la información contenida en mi solicitud puede ser compartida con otras agencias de las que busco servicios adicionales.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, ascendencia, condición de veterano o cualquier otra característica protegida por el gobierno federal, estatal o local será excluida de la participación en, o se le negarán los beneficios de, o será objeto de discriminación en la operación del programa LIHEAP.

Para ser completado solo por el personal de la agencia:

Eligible benefit level \$ _____ Total annual gross income for all household members over age 18 \$ _____

Voucher #: _____ Date/Time taken: _____

Date/Time vendor notified: _____

Application Status: Approved Denied

% of poverty: _____

Total Points: _____

Signature of agency reviewer official: _____

Date Certified: _____



AUTODECLARACIÓN DE CERO INGRESOS
(A completar por el solicitante)

Propósito: Solo después de que se hayan agotado todas las vías de documentación de cero ingresos para el solicitante, se permite el uso de una autodeclaración firmada de cero ingresos. El solicitante debe completar y firmar este formulario en su totalidad, enumerando a todos los miembros mayores de 18 años del hogar que declararon cero ingresos en los últimos 30 días.

Nombre del solicitante: _____

Dirección principal: _____

Por la presente certifico que los miembros enumerados en este formulario **no han recibido** ingresos de los siguientes recursos en los últimos 30 días:

- Salarios, pagos, propinas antes de cualquier deducción:
- Ingresos netos del trabajo por cuenta propia no agrícola o agrícola (recibos de la propia empresa de una persona o de una granja propia o alquilada después de las deducciones por gastos comerciales o agrícolas)
- Pagos regulares del seguro social, TANF, jubilación ferroviaria, compensación por desempleo, beneficios de huelga de fondos sindicales, compensación de trabajadores, pagos de veteranos, estipendios de capacitación, manutención por menores, pensión alimenticia, asistencia de adopción regular y asignaciones familiares militares o apoyo regular por parte de un miembro ausente de la familia o alguien que no vive en el hogar.
- Pensiones privadas, pensiones de empleados del gobierno (incluido el pago de jubilación militar) y pagos de seguro regular o anualidades.
- Becas netas de colegios o universidades, subvenciones, becas o ayudantías.
- Dividendos y/o intereses.
- Ingresos netos por alquiler y regalías netas.
- Recibos periódicos de patrimonios o fideicomisos; y
- Apuestas netas o ganancias de lotería.
- Los beneficios de la Acta Black Lung se considerarán ingresos, excepto los primeros \$20 de cada beneficio mensual.

Nota: Enumere a continuación a todos los miembros del hogar de dieciocho (18) años o mayores que se auto declaran sin ingresos.

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Certifico que la información anterior es correcta. Falsificar y / o retener información de ingresos es un delito federal y puedo ser condenado a una multa de \$10,000 o prisión por no más de cinco años o ambos bajo las leyes estatales de Tennessee.

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

Comité de Acción Comunitaria del Condado de Knox - Knoxville

Procedimiento de Quejas del Cliente

CAC es una agencia pública que sirve a las personas pobres y desfavorecidas de nuestra comunidad a través de la operación de programas federales, estatales y financiados localmente. El objetivo de CAC es proporcionar tantos programas efectivos y tanta asistencia como sea posible a los desfavorecidos de nuestra comunidad. Un personal dedicado se esfuerza por planificar e implementar programas destinados a satisfacer las necesidades a corto plazo y de emergencia de los pobres, así como a desarrollar su eventual autosuficiencia e independencia económica.

Cualquier cliente que sienta que ha sido discriminado, tratado injustamente o que no esté de acuerdo con la aplicación de una política para él / ella como participante del programa, puede presentar una queja y tiene derecho a una audiencia justa. Las quejas y reclamaciones se considerarán rápida y equitativamente de acuerdo con los procedimientos que se describen a continuación. No se tomarán medidas adversas contra ninguna persona por participar en el procedimiento de quejas, ya sea como demandante, representante o testigo.

A menos que se establezca otro procedimiento para un programa específico, se utilizará el siguiente mecanismo para el procesamiento de quejas y quejas de los clientes:

Cualquier cliente que tenga una queja o reclamo deberá informar primero al miembro del personal que lo atiende y a su gerente de programa. El gerente del programa hablará con el cliente de manera informal, revisará la queja e intentará ajustar el asunto satisfactoriamente. La información de contacto del gerente del programa es:

Amie Whitworth
CAC del condado de Knox - Knoxville
Edificio Ross
Teléfono: 865-546-3500
misty.goodwin@knoxcac.org

Va en contra de la ley que este destinatario de asistencia financiera federal discrimine sobre la siguiente base: Contra cualquier individuo en los Estados Unidos, por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, afiliación política o creencia.

Cualquier cliente que sienta que ha sido discriminado y cuya queja no se haya resuelto a nivel de programa debe comunicarse con el Coordinador del Título VI de CAC (Director de Personal) o con el Director Ejecutivo de CAC en el Edificio Ross/2247 Western Avenue; Dirección postal: CAC/P.O. Box 51650 / Knoxville, TN 37950-1650; o por teléfono: 865-546-3500.