

**Aplicación del Programa de Asistencia Energética (LIHEAP)  
para Hogares de Bajos Ingresos.**

**Para uso de la agencia solamente:**

**Día Aplicación recibida:**

**Día Aplicación completada:**

Tipo de asistencia solicitada

- Asistencia de Energía**    **Asistencia de Crisis**

Ha recibido asistencia bajo el programa de LIHEAP desde **Octubre 1, 2023** de este año mediante cualquier ayuda de TN en el programa de LIHEAP?    SI    NO

En caso de ser correcto, cual agencia le brindó asistencia? \_\_\_\_\_

**Información del hogar**

Dirección Primaria	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal	Condado

*Favor de completar información individual para cada miembro del hogar, incluyéndose usted.*

**Información la cabecera del hogar**

Primer Nombre	Inicial del Segundo nombre	Apellido

**Dirección y detalles de contacto**

Teléfono Primario	Teléfono Secundario	Dirección de correo electrónico

Dirección de correspondencia	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal	Condado

**Detalles de Familia**

Tipos de Familia:    Individual Soltero (a)    Madre Soltera    Padre Soltero    Adulto(s) con niños  
 Adulto (s) sin niños    Otro \_\_\_\_\_

**Tipo de Hogar:**    Propio    Rentado    Sección 8    Casa Pública del Estado (Housing)

Tiene usted algún documento firmado que compruebe que alguien de su hogar necesite equipo de soporte vital (live support)?    Sí    No

Lo que necesitará para completar esta aplicación:

1. Aplicación, completada en su totalidad.
2. Identificación emitida por el gobierno para el líder de la familia o cabecera del hogar.
3. Página de record completada para **cada uno de los miembros** del hogar.
4. Página de ingresos detallados para cada miembro de la familia mayor de 18 años
5. Verificación de seguro social para cada miembro individual del hogar. Asistencia será negada en caso que el solicitante niegue acceso a los seguros sociales de los miembros del hogar.
6. Documentación anual del consumo de energía.

Aplicación para asistencia de LIHEAP Nombre de cabecera del hogar: \_\_\_\_\_

Páginas sobre información de miembro del hogar (Favor de usar las páginas necesarias)

Nota: Asistencia sera negada en caso de que el solicitante niegue acceso a los seguros sociales de cada miembro del hogar.

Número de miembros en el hogar: \_\_\_\_\_

Primer Nombre	Inicial Segundo Nombre	Apellidos
Género	Fecha de Nacimiento	Número de seguro social

Relación con el hogar:  Cabecera de familia  Esposo(a)  Hijo  Hijo adoptive  Nieto  Hijo adulto  Padre  Abuelo  Otra Relación  No Relacionado (a)

Raza (favor de seleccionar  Blanco  Afro Americano  Asiatico  Indio Americano/Nativo de Alaska Una:  Nativo Hawaiano/Otro Pacífico Islándico  Multirracial  Otro \_\_\_\_\_

Hispano/Latino?  Si  No

Ciudadania:  Naturalizado/Nacido en U.S.A.  Elegible para residencia  No-Elegible para residencia

Empleado mayor de 18 años:  Tiempo completo  Medio tiempo  Retirado  Buscando trabajo  Desempleado  No disponible  Otro \_\_\_\_\_  No aplica

Tiene aseguranza médica?  Si  No

Educación  0-8 Grado  9-12 Grado  Graduado de Prepa/GED  No se graduo de la Prepa/no tiene GED Mayor de 18:  12 + Escuela Sucundaria  2 a 4 años de Universidad  Graduado de Universidad de 4 años

Discapacidad:  Ninguna  Enfermedad mental  Aprendizaje  Cognitiva  Visual  Del habla  Auditiva  Sordo  Respiratoria  Ortopédica  Otro \_\_\_\_\_

Vetarano o militar activo?  Si  No

Primer Nombre	Inicial Segundo Nombre	Apellidos
Género	Fecha de Nacimiento	Número de seguro social

Relación con el hogar:  Cabecera de familia  Esposo(a)  Hijo  Hijo adoptive  Nieto  Hijo adulto  Padre  Abuelo  Otra Relación  No Relacionado (a)

Raza (favor de seleccionar  Blanco  Afro Americano  Asiatico  Indio Americano/Nativo de Alaska Una:  Nativo Hawaiano/Otro Pacífico Islándico  Multirracial  Otro \_\_\_\_\_

Hispano/Latino?  Si  No

Ciudadania:  Naturalizado/Nacido en U.S.A.  Elegible para residencia  No-Elegible para residencia

Empleado mayor de 18 años  Tiempo completo  Medio tiempo  Retirado  Buscando trabajo  Desempleado  No disponible  Otro \_\_\_\_\_  No aplica

Tiene aseguranza médica?  Si  No

Educación  0-8 Grado  9-12 Grado  Graduado de Prepa/GED  No se graduo de la Prepa/no tiene GED Mayor de 18:  12 + Escuela Sucundaria  2 a 4 años de Universidad  Graduado de Universidad de 4 años

Discapacidad:  Ninguna  Enfermedad mental  Aprendizaje  Cognitiva  Visual  Del habla  Auditiva  Sordo  Respiratoria  Ortopédica  Otro \_\_\_\_\_

Vetarano o militar activo?  Si  No

Nombre de miembro de familia: \_\_\_\_\_

**Formulario de ingresos (Por favor adjunte una hoja por miembro de familia, más de una si es necesario)**

Nota: Todas las fuentes de ingreso deben ser reportadas con la excepción de empleados menores de 18 años de edad.

**Ingresos:** Estos ingresos son Corrientes  Sí  No

Tipo de  Pensión alimenticia  Pensión de vida  Salario/ingresos  Seguro Social  SSDI  SSI  TANF/AFDC

Ingresos:  Desempleo  No tiene ingresos

Periodos de  Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Mensual  Trimestral  Anual

pago:

Suma en bruto por periodo de pago: \_\_\_\_\_

Tipo de documentación brindada: \_\_\_\_\_

**Detalles de Empleador**

Nombre de Empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Tiempo de empleo

**Ingresos:** Estos ingresos son Corrientes  Sí  No

Tipo de  Pensión alimenticia  Pensión de vida  Salario/ingresos  Seguro Social  SSDI  SSI  TANF/AFDC

Ingresos:  Desempleo  No tiene ingresos

Periodos de  Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Mensual  Trimestral  Anual

pago:

Suma en bruto por periodo de pago: \_\_\_\_\_

Tipo de documentación brindada: \_\_\_\_\_

**Detalles de Empleador**

Nombre de Empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Tiempo de empleo

**Ingresos:** Estos ingresos son Corrientes  Sí  No

Tipo de  Pensión alimenticia  Pensión de vida  Salario/ingresos  Seguro Social  SSDI  SSI  TANF/AFDC

Ingresos:  Desempleo  No tiene ingresos

Periodos de  Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Mensual  Trimestral  Anual

pago:

Suma en bruto por periodo de pago: \_\_\_\_\_

Tipo de documentación brindada: \_\_\_\_\_

**Detalles de Empleador**

Nombre de Empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Tiempo de empleo

**--Por favor adjunte más páginas si son necesarias para probar los ingresos--**

Nota: todas las fuentes de ingresos deben ser reportadas con la excepción de menores de 18 años, *una media hoja por cada miembro de familia.*

Fuentes de energía:  Leña  Eléctrico  Combustible  Carbón  Kerosene  Gas Natural  Gas L.P.

Costos de Energía:  
\$ \_\_\_\_\_

\*Solo para inquilinos de PublicHousing/Section 8 \*  
 Cantidad de utilidades "suma excesiva"  
\$ \_\_\_\_\_

**Compañía de Utilidades o Energía que recibirá el pago:**  
 Compañía de Utilidades:  
 Dirección de Compañía :  
 Número De Teléfono:  
 # De Cuenta:

**Additional Utility or Energy company:**  
 Compañía de Utilidades:  
 Dirección de Compañía:  
 Número De Cuenta:  
 # De Cuenta:

Por favor adjunte recibos, copias, facturas, etc. por cada fuente de servicio de energía en el hogar. Yo, certifico que la(s) cuenta(s) menciona(s) arriba están a nombre de \_\_\_\_\_

(Últimos 4 números de seguro) \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_ es para el uso de mi hogar y yo soy responsable por los pagos.

Esta, está cuenta a nombre de su rentero?  Sí  No

Acaso su hogar ha sido servido por parte de nuestro programa de asistencia de climatización, "Weatherization"?  Sí  No

Está acaso interesado en ese programa?  Sí  No

Si está aplicando para asistencia crítica, por favor díganos por qué en el espacio brindado:

Su electricidad o Gas han sido desconectados?  Sí  No      Ha recibido su última notificación?  Sí  No  
*En caso de haber recibido una notificación adjunte por favor, una copia*

**Certificación del solicitante**

Yo, certifico que toda la información brindada por mi persona es correcta y verdadera. Yo entiendo que quienes cubran o falsifiquen información o material sobre mi caso sabiendo que es información falsa para que sea recibida por LIHEAP pueden ser penados \$10,000 o ser encarcelados por no más de 5 años o ambas cosas. Yo autorizo la verificación de cualquier y de toda la información que he brindado para verificar la elegibilidad de mi caso y sé que he sido informado(a) del proceso en como apelar mi caso en caso de lo contrario, bajo LIHEAP. Yo confirmo bajo juramento que todas las personas aplicando para o recibiendo ayuda son ciudadanos de los Estados Unidos o quilibran para serlo, definidos por 8 USC § 1641(b), o inmigrantes elegibles. Yo entiendo que seré notificado(a) por escrito, sobre mi estatus de elegibilidad. Identificando información brindada por ti para determinación de tu elegibilidad para LIHEAP y para la provisión de servicios del programa serán considerados confidenciales, al menos que sea requerido por ley o por otro modo autorizado por ti, no será compartido con cualquier otra persona(s) o agencia, excepto por propósitos directamente relacionados con la administración del programa (LIHEAP). Yo soy el cliente bajo record, el agente autorizado por el cliente, o un partido aparte, de la cuenta de servicios de utilidades, identificadas en esta aplicación, y yo autorizo a mi proveedor de servicios de utilidades para que reluzcan datos conforme la agencia de LIHEAP los requiera. Yo estoy de acuerdo \_\_\_\_ Yo no estoy de acuerdo \_\_\_\_ que la información contenía en mi aplicación pueda ser compartida con otras agencias de cuales busco servicios adicionales.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Ninguna persona será excluida de la participación, negado(a) beneficios, o subjetiva a discriminación en la operación del programa de LIHEAP en base a su color, raza, origen, sexo, edad, discapacidad, estatus como veterano, o cualquier otra característica protegida por leyes federales, estatales, o locales.*

**Para personal de LIHEAP**

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: \_\_\_\_\_

# PROJECT HELP

Date: \_\_\_\_\_

Application Number: \_\_\_\_\_

To: **Prospective Project Help Recipient**

**In order to be eligible for Project Help, you must complete a LIHEAP application.**

So that we may service you as best we can, please explain the reason you need assistance:

## Fuel Information Release Form

I hereby authorize you to release information about my fuel bills, both past and future, to the following program or its designee: ***Project Help***

I understand that this information will be used only to provide data for the above-named program, and no information obtained through this release shall be made public in such manner that the dwelling or occupants can be identified.

Applicant's Signature: \_\_\_\_\_

Applicant's Address: \_\_\_\_\_

Billing or Account Number: \_\_\_\_\_

