

SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS

POR FAVOR USE UN LAPICERO CON TINTA NEGRA O AZUL PARA COMPLETAR.

1. INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CABEZA DEL HOGAR

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ LA SOLICITUD _____

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____ CONDADO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

DIRECCIÓN DE CORREO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
(si es diferente a la primera dirección)

NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR _____ NÚMERO CELULAR _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

2. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA (Una guía para llenar esta sección se encuentra al pie de la página)

NOMBRE (PRIMERO Y APELLIDO)	PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO (circule uno)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	DISCAPACIDAD (circule uno)	ASEGURANZA MEDICA	¿HISPANO, LÁTINO, O DE ORIGEN HISPANO?	RAZA	ESTADO MILITAR (circule uno)	NIVEL DE EDUCACIÓN	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
1 USE ESTA LÍNEA PARA LA PERSONA MENCIONADA ARRIBA	CABEZA DE FAMILIA		MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DES- CONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
2			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DES- CONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
3			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DES- CONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
4			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DES- CONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
5			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DES- CONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
6			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DES- CONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
7			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DES- CONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
8			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DES- CONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		

CUÁNTOS MIEMBROS DEL HOGAR SON: Ciudadano Americano _____ Fuera del hogar _____ Un joven desconectado (edad: 14-24) que no asista a la escuela o trabaje _____

<p>GUÍA PARA LLENAR LA SECCIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:</p>	<p><u>PARENTESCO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cabeza de familia • Conyugue • Hijo • Hijo de crianza • Nieto • Hermano • Padre • Abuelo • Otro familiar • No hay parentesco 	<p><u>FECHA DE NACIMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de datos: 99 / 99 / 99 	<p><u>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato No. Social: 999-99-9999 • Formato I-94: 999999999 99 (11 numeros) 	<p><u>ASEGURANZA MEDICA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicaid • Medicare • Programa de seguridad del estado para menores para adultos • Aseguración militar • Compra directa • Por medio del empleo • Ninguna 	<p><u>RAZA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indio Americano • Nativo de Alaska • Oriental • Blanco • Negro o Afro Americano • Nativo de Hawaii • Otro Isleño del Pacífico • Otro • Multi-raza 	<p><u>NIVEL DE EDUCACION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-8º grado • 9º a 12º grado/no graduado • Graduado de la secundaria • GED o equivalente al diploma • 12º grado o más escuela post secundaria • Graduado de la Universidad (2 - 4 años) • Graduado de otra escuela post secundaria 	<p><u>EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Empleado (tiempo completo) • Empleado (medio tiempo) • Migrante trabajador temporal del campo • Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) • Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) • Desempleado (no en la fuerza laboral) • Jubilado
--	--	--	--	--	--	--	---

3. TIPO DE HOGAR (marque una) PERSONA SOLTERA FAMILIA MONOPARENTAL FEMENINA HOGAR CON AMBOS PADRES HOGAR DE MULTIPLES GENERACIONES
 DOS ADULTOS SIN HIJOS FAMILIA MONOPARENTAL MASCULINA ADULTOS NO PARIENTES CON HIJOS OTRO: _____

4. FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR (marque todas las que apliquen)

*Para cada fuente de recursos que usted marque, debe incluir prueba de ingresos junto con la solicitud.
 Para INGRESOS, provea copias de sus talones de cheque de los 30 días anteriores a esta solicitud, o proporcione una copia de su declaración de impuestos federales.
 Para INGRESOS de AUTOEMPLEO o INGRESOS AGRARIOS, proporcione una copia de su declaración de impuestos federales.*

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> INGRESOS DE EMPLEO (SALARIOS) | <input type="checkbox"/> SSI (INGRESO SUPLEMENTARIO DEL SEGURO SOCIAL) | <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO DE INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> PENSIÓN ALIMENTICIA U OTRO APOYO DE MANUTENCIÓN |
| <input type="checkbox"/> INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AGRARIOS | <input type="checkbox"/> SSDI (INGRESO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL) | <input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES | <input type="checkbox"/> ASISTENCIA GENERAL DE SOCORRO <input type="checkbox"/> NO HAY INGRESOS |
| <input type="checkbox"/> INGRESOS DE JUBILACIÓN DEL SEGURO SOCIAL | <input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DE VETERANOS | <input type="checkbox"/> SEGURO DE DESEMPLEO | <input type="checkbox"/> MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS |
| <input type="checkbox"/> PENSIÓN | <input type="checkbox"/> PENSIÓN DE DISCAPASIDAD NO CONECTADA A LOS SERVICIOS DE VETERANOS | <input type="checkbox"/> ASISTENCIA DE TANF/FIP | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |

¿Su hogar tiene ahorros de sobre \$50,000 (incluya: todos los ahorros y cuentas corrientes, CDs, y otras inversiones)? SI NO ¿Alguien en su familia presento una declaración de impuestos y recibido los beneficios EITC (Earned Income Tax Credit) el año pasado o este año? SI NO

5. BENEFICIOS NO MONETARIOS DEL HOGAR (marque todos las que apliquen)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SNAP (PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS) | <input type="checkbox"/> HCV (VALE DE ELECCIÓN DE VIVIENDA) | <input type="checkbox"/> HUD-VASH (VIVIENDA SUSTENTADA POR ASUNTOS DE VETERANOS) |
| <input type="checkbox"/> WIC (MUJERES, INFANTES Y NIÑOS) | <input type="checkbox"/> VIVIENDA PÚBLICA | <input type="checkbox"/> VALE PARA CUIDADO DE NIÑOS |
| <input type="checkbox"/> LIHEAP | <input type="checkbox"/> VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE | <input type="checkbox"/> SUBSIDIO LEGAL DE CUIDADO ACSESIBLE <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |

6. ESTADO DE VIVIENDA (marque uno)

- PROPIA ALQUILER OTRA VIVIENDA PERMANENTE SIN HOGAR Si sin hogar, ¿qué es el estado actual de su vivienda? _____ OTRO: _____

Si RENTA, ¿sus gastos de calefacción están incluidos en su alquiler? SI NO ¿Cuáles son su hipoteca o costos de alquiler por mes? \$ _____

Si RENTA, ¿recibe asistencia de alquiler? SI NO

Si RENTA, ¿su renta se basa en un porcentaje de sus ingresos? SI NO

7. INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO/COMPEJO

NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

8. TIPO DE VIVIENDA (marque uno)

- CASA CASA MOBIL ALQUILO UNA HABITACIÓN UNIDAD DE 2, 3, O 4 VIVIENDAS UNIDAD DE 5 O MÁS VIVIENDAS OTRO: _____

9. PRINCIPAL FUENTE DE CALEFACCIÓN (marque uno)

- GAS NATURAL ELECTRICIDAD GAS PROPANO ACEITE COMBUSTIBLE MADERA/CARBÓN/MAÍZ OTRO: _____

¿Si propano, tiene un tanque vacío o bajo (20% o menos)? SI NO

10. CALEFACCIÓN DEL HOGAR Y COMPAÑÍAS ELÉCTRICAS

- ¿Tiene un aviso de desconexión? SI NO
 ¿Está actualmente desconectado su servicio? SI NO

Debe incluir una copia de una FACTURA DE servicios de CALEFACCIÓN y de servicio de ELECTRICIDAD recientes con esta aplicación.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera. Doy permiso a la agencia que procesa esta solicitud para adquirir información adicional y compartir información con otras organizaciones con el propósito de proveer servicios para ayudar a mi hogar. Este intercambio de información debe llevarse a cabo con el máximo respeto a la confidencialidad de la información contenida en esta solicitud.

Por este medio solicito al Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP) y/o al Programa de Asistencia para Climatización. Además certifico lo siguiente: declaro que soy la única persona en el hogar que solicitara este programa(s). Entiendo que esta información se utilizará, según sea necesaria, en la determinación de elegibilidad para otros programas de la agencia o servicios. Cualquier declaración falsa e intencional en este formulario está sujeta a una sanción de la ley. Aseguro que cualquier pago de la energía LIHEAP recibido se utilizará únicamente para los gastos de energía en el hogar. Entiendo que al firmar (ya sea en forma escrita o electrónica) esta solicitud, autorizó la climatización de mi casa sin costo alguno para mí o mi familia o, si es aplicable, autorizó que la agencia contacte al propietario para permiso de climatizar la casa. Esta solicitud no garantiza ningún trabajo de climatización realizado en mi casa.

Doy permiso al Estado de Iowa, al Departamento de Energía de los Estados Unidos, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y a la agencia que procesa esta solicitud para obtener información adicional de mi proveedor de energía sobre el uso de la energía y el historial de pagos. También doy permiso al Estado de Iowa para que le dé información sobre la solicitud a mi proveedor de energía y para proporcionar detalles sobre mi cuenta y uso de energía al LIHEAP y el Programa de Asistencia de Climatización.

Entiendo esta declaración.

FIRMA _____

FECHA _____