

# SOLICITUD 2020 PARA EL PROGRAMA PARA ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP) – Programa de Recuperación de la Crisis por el Coronavirus

Para solicitar el beneficio de asistencia para energía, debe completar todas las preguntas del frente y reverso y firmar donde está la "X" de color rojo.

**Si no comprende estas instrucciones, comuníquese con la oficina de asistencia del condado de su área.**

**1** Complete esta sección con los datos del cabeza de familia. \*Use los códigos de la pregunta 2 para ayudar a proporcionar los detalles.

Nombre (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social
Dirección particular (incluya calle y número, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4)			
Dirección postal, si es diferente (incluya calle, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4)			
Condado en el que reside	Número de teléfono: ( )	Ciudadanía*	Raza (opcional)*
		Grupo étnico (opcional)*	Estado civil*
Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**2** Enumere las personas que viven con usted en esta dirección. Incluya a todos los niños y adultos. Incluya a las personas que son parientes. Incluya a todas las personas que no son parientes, pero que comparten los gastos del grupo familiar. No incluya a ninguna persona que esté en la cárcel/prisión. No incluya al miembro del grupo familiar indicado en el bloque 1.

Use los códigos a continuación para ayudar a proporcionar los detalles para cada persona en su grupo familiar.

**CIUDADANÍA\*:** (1) Ciudadano de los Estados Unidos, (2) Extranjero residente permanente, (3) Extranjero residente temporal, (4) Refugiado, (5) Otros –no elegibles para recibir beneficios (Quienes no son ciudadanos de los EE.UU. deben proporcionar comprobantes de su estado migratorio).

**RAZA\*:** (opcional) (1) Negro o afroamericano, (3) Indígena norteamericano o nativa de Alaska, (4) Asiático, (5) Blanco, (7) Nativo de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico. Liste todos los grupos que correspondan.

**GRUPO ÉTNICO\*:** (opcional) (1) No hispano, (2) Hispano o latino

**ESTADO CIVIL\*:** (1) Soltero/a, (2) Casado/a, (3) Unión de hecho, (4) Separado/a, (5) Divorciado/a, (6) Viudo/a

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo M/F	Número de Seguro Social	Ciudadanía*	Raza* (Opcional)	Grupo étnico* (Opcional)	Estado civil*	Relación con usted
Persona 1								

Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados?  Sí  No

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo M/F	Número de Seguro Social	Ciudadanía*	Race* (Opcional)	Grupo étnico* (Opcional)	Estado civil*	Relación con usted
Persona 2								

Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados?  Sí  No

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo M/F	Número de Seguro Social	Ciudadanía*	Race* (Opcional)	Grupo étnico* (Opcional)	Estado civil*	Relación con usted
Persona 3								

Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados?  Sí  No

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo M/F	Número de Seguro Social	Ciudadanía*	Race* (Opcional)	Grupo étnico* (Opcional)	Estado civil*	Relación con usted
Persona 4								

Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados?  Sí  No

Si viven otras personas en su hogar, proporcione la información correspondiente de dichas personas en una hoja de papel adicional y envíela junto con esta solicitud.

**3** Proporcione información sobre los ingresos de las personas de su grupo familiar. Proporcione información sobre todos los ingresos, antes de impuestos y deducciones. Los tipos/fuentes de ingresos incluyen dinero proveniente de: empleo, beneficios para veteranos, compensación por desempleo, beneficios por neumoconiosis o pulmón negro, Seguro Social, manutención, compensación a trabajadores, intereses/dividendos, ingresos de alquileres.

Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?

**4** ¿Está usted, o alguna persona de su grupo familiar, fugándose para evitar acciones legales o para evitar ser detenido por un delito, o por un intento de delito que sería clasificado como un delito grave?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

<b>DHS USE ONLY</b>	County	District	Record Number
	Application Registration Number	<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Rejected	Date

5

¿Cuál es su fuente principal de calefacción? **Escoja el tipo de energía que calienta su casa o que se está usando si su fuente de calor no funciona. Adjunte una copia de su último recibo o una carta de la compañía de luz o combustible que indique el tipo de combustible y que usted ha sido aceptado como cliente.**

Electricidad  Gasóleo  Carbón  Gas natural  Querosén  Gas propano o envasado  Combustibles mixtos  Madera/Otros

5a

¿Necesita electricidad para el funcionamiento de su fuente de calor principal(calor secundario)?  Sí  No

6

Marque si algo de lo siguiente se aplica y explique si es necesario:

Servicio de electricidad suspendido  Tiene un aviso de suspensión para la electricidad  La fuente de calor principal no funciona  
 Servicio de gas suspendido  Tiene un aviso de suspensión para el gas Explique: \_\_\_\_\_  
 Se acabó el combustible  Se acabará el combustible en 15 días \_\_\_\_\_

7

**Qué compañía de servicios públicos o proveedor de combustible desea usted que reciba su subsidio LIHEAP? Especifique el nombre y dirección y la información de su cuenta.**

Nombre de la empresa proveedora del servicio público o del proveedor de combustible	Número de cuenta
Dirección (incluya calle y número, ciudad, estado y código postal+4)	Nombre en la cuenta

8

Si vive en una vivienda subsidiada/pública, ¿recibe un cheque en concepto de asignación para servicios públicos?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, ¿cuánto recibe? \$ \_\_\_\_\_

## Certificación

- Mediante mi firma en esta solicitud le doy mi permiso al Departamento de Servicios Humanos (DHS) o a su agente autorizado para: (a) verificar cualquier información que proporcione relativa a mi residencia, mis empleos, ingresos, recursos, suministro de energía y proveedor de energía; (b) compartir información con mi proveedor de energía y recibir la información de mi proveedor de energía para permitir que el DHS obtenga un registro de mi información anual del consumo de energía, el costo y la facturación a efectos de la evaluación de programas, el funcionamiento o la elaboración de informes; y (c) completar encuestas relacionadas con la asistencia para energía.
- Dar esta información (incluido su número de seguridad social [SSN]) es voluntario; sin embargo, si no proporciona la información solicitada, el procesamiento de su solicitud o su posibilidad de recibir los beneficios podrían interrumpirse o demorarse. Si no proporciona el SSN o no completa la información de abajo, es posible que no sea elegible para recibir los beneficios.  
 Certifico que: (marque todas las opciones que correspondan)  
 Proporcioné los números de Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar.  
 A mi leal saber y entender, estos miembros del grupo familiar no tienen números de Seguro Social.  
 \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta      \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta  
 Los siguientes miembros del grupo familiar, en ejercicio de sus derechos según la Sección 7 de la Ley de Privacidad de 1974, se niegan a divulgar sus números de Seguro Social o no pueden hacerlo por ser víctimas de violencia doméstica:  
 \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta      \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta
- Autorizo la divulgación de la Información de elegibilidad de LIHEAP a mis proveedores de energía o agencias de aclimatación o que ellos la divulguen con el fin de que puedan solicitar asistencia, para la cual yo pueda ser elegible. La asistencia puede comprender recibir los beneficios de dinero en efectivo, de crisis o de aclimatación de LIHEAP.
- Entiendo que tengo el derecho de apelar cualquier decisión o demora excesiva en la decisión que considere incorrecta con respecto a esta solicitud.
- Declaro que mi residencia legal es en Pennsylvania.
- Entiendo que el/los número(s) de Seguro Social provisto(s) será(n) utilizado(s) en la administración de este programa, incluyendo referencias cruzadas con otros programas.
- Entiendo que me enviarán una notificación de aprobación o de denegación y que, si soy aprobado, dicha notificación indicará la cantidad de mi beneficio.
- También entiendo que si mi grupo familiar es aprobado para recibir un beneficio en efectivo del programa LIHEAP, el dinero se enviará directamente a la empresa que me provee los servicios públicos o al proveedor de combustible, a menos que yo sea inquilino/arrendatario y que el gasto de calefacción esté incluido en el alquiler, o que el combustible se apropiado por un proveedor que no acepta pago a proveedores.
- Certifico que, sujeto a las penalizaciones previstas por ley, la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa.
- Sé que si proporciono información falsa, puedo ser penado con multa o prisión.
- Entiendo, al firmar esta solicitud, que quizás no sea aprobado debido a que el dinero del programa LIHEAP se haya agotado.
- Si su hogar es elegible para LIHEAP, puede recibir un formulario de consentimiento Vía Rápida por correo que podría permitir que usted y los integrantes de su hogar se inscriban automáticamente en Asistencia Médica.

**Aviso de ley de privacidad. Autoridad:** el título 42, sección 405(c)(2)(C)(i), del Código de los Estados Unidos (USC) autoriza la recopilación de esta información.

**Propósito:** El Departamento de Servicios Humanos (DHS) usará esta información para identificar y verificar los ingresos de los solicitantes.

**Usos de rutina:** El personal y los proveedores del DHS recibirán y usarán esta información, al igual que otros agentes que la necesitan para la administración del LIHEAP. Además, el DHS puede compartir la información con otras agencias gubernamentales o en informes para los representantes legislativos, según lo requiera la ley federal o la ley de Pennsylvania.

**Firme aquí – Use tinta**

X

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene una discapacidad y necesita este formulario impreso con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra línea de ayuda al número **1-800-692-7462**.

Hay **servicios de dispositivos de telecomunicación para sordos (TDD)** disponibles llamando al Servicio de Retransmisión de Pennsylvania al **711**.

