



# Aplicación para Asistencia de Energía y Servicios de CSBG

## Asistencia para los servicios públicos

El Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) ayuda a las familias a pagar los costos de servicios públicos para la calefacción de su hogar.

## Climatización

El Programa de Asistencia para la Climatización (WAP) ayuda a las familias a reducir sus costos de calefacción y refrigeración y mejora la seguridad de sus hogares.

## CSBG

Comunitarios (CSBG) ayuda a las personas y familias de bajos ingresos a superar las barreras al apoyar el acceso a los servicios esenciales, como la vivienda, el empleo y las necesidades básicas.

<p><b>QUIÉN</b> puede usar esta solicitud</p>	<p>Cualquier persona puede usar esta solicitud para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar asistencia para sí misma y/o para los miembros de su hogar</li> <li>Solicitar solo un tipo de asistencia o varios tipos de asistencia</li> </ul>
<p><b>QUÉ</b> debe proporcionar para la solicitud</p>	<p>Proporcionar la siguiente información puede ayudarnos a determinar su elegibilidad más rápido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de ciudadanía para cada miembro del hogar o estado legal en Estados Unidos para los no ciudadanos</li> <li>Números de seguro social de cada uno de los miembros del hogar</li> <li>Prueba de los ingresos de cada miembro de la familia del mes anterior.</li> <li>Copias de las últimas facturas de servicios públicos</li> </ul> <p>Es posible que necesitemos otras pruebas, pero solo las pediremos si las necesitamos.</p>
<p><b>POR QUÉ</b> pedimos esta información</p>	<p>Mantenemos toda la información privada y segura, como exige la ley. Pedimos esta información por varios motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para saber los tipos de asistencia para los que califica</li> <li>Para saber para cuánta ayuda califica</li> <li>Para asegurarse de que recibe la asistencia adecuada según su situación</li> </ul> <p><b>Igualdad de oportunidades para los solicitantes</b></p> <p>De acuerdo con la ley federal y la política de la Oficina de Servicios Comunitarios (OCS), Administración para Niños y Familias, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS), el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y las Agencias de Acción Comunitaria tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con el HHS en:</p> <p>Centralized Case Management Operations U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Ave. S.W. Room 509F, HHH Bldg Washington, D.C. 20201</p> <p>Fax: (202) 401-9333 Correo electrónico: ORCComplaints@hhs.gov Teléfono: (202) 205-8347</p>
<p><b>Derechos de apelación/audiencia</b></p>	<p>Tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre sus prestaciones de asistencia. Dispone de treinta (30) días para solicitar una audiencia justa. Este plazo comienza el día siguiente a la entrega o envío de la notificación. Para solicitar una audiencia, utilice uno de los siguientes métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Llame a la Agencia de Acción Comunitaria que figura en la página a continuación</li> <li>Envíenos un correo electrónico a <a href="mailto:mybenefits@dhw.idaho.gov">mybenefits@dhw.idaho.gov</a></li> <li>Complete y envíe el formulario de solicitud de audiencia justa en <a href="http://mybenefitforms.dhw.idaho.gov">mybenefitforms.dhw.idaho.gov</a>.</li> </ul> <p>En la audiencia, puede representarse a sí mismo/a o recurrir a un abogado, un familiar, un amigo u otro portavoz para que le represente.</p>
<p><b>Fraude, despilfarro y abuso</b></p>	<p>El Fraude es cualquier acción intencionada que lleve a un participante, agencia asociada o proveedor de servicios a recibir o proporcionar beneficios a los que no tienen derechos. El despilfarro o el abuso es el uso indebido intencionado de los fondos.</p> <p>Puede reportar el fraude, el despilfarro o el abuso llamando por teléfono al número que se encuentra debajo, o completando uno de nuestros formularios en línea de denuncia de fraude en prestaciones sociales usando este enlace:</p> <p><a href="https://healthandwelfare.idaho.gov/report-welfare-fraud">https://healthandwelfare.idaho.gov/report-welfare-fraud</a>      Teléfono: 866-635-7515</p> <p>Las llamadas telefónicas son atendidas por la 2-1-1 Idaho CareLine, de lunes a viernes de 8:00 AM a 6:00 PM (MT). Después del horario laboral, se desvían las llamadas al buzón de voz.</p>
<p><b>Ley de privacidad y divulgación de información</b></p>	<p>En virtud del artículo 3(e)(3) de la Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C. 552 a(e)(3), cada agencia que mantenga un sistema de registros deberá informar a cada persona a la que solicite información sobre la autoridad que permite solicitarla; si la divulgación es voluntaria; el objetivo principal para el que se pretende utilizar la información; los usos rutinarios que se pueden hacer de la información; y las consecuencias, si las hay, que se derivan de que la persona no proporcione la información solicitada. La Ley de Privacidad exige que se proporcione esta declaración antes de la recopilación y utilización de la información solicitada. Puede conservar esta declaración para sus archivos.</p> <p>Autoridad: La autoridad específica para el mantenimiento de este informe está en los artículos 416 y 417 de la Ley de Conservación y Producción de Energía, Pub. L. 94 385. Estas secciones ordenan a las agencias federales y estatales, que patrocinan estos programas, que supervisen la eficacia de los mismos, y que exijan a la agencia local sin fines de lucro que los ejecuta que mantenga registros que permitan la supervisión del programa.</p> <p>Sus respuestas a la solicitud de información son totalmente voluntarias, pero si se niega a proporcionar la información solicitada, no se le tendrá en cuenta para la asistencia.</p>

# Información sobre el Hogar

¿Qué tipo de ayuda solicita? (marque todas las opciones que correspondan)

## Asistencia para los servicios públicos de calefacción

Programa de Asistencia Energética a Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

## CSBG

La Subvención Global para los Servicios Comunitarios

Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

## Climatización

Programa de Asistencia para la Climatización para Hogares de Bajos Ingresos (WAP)

Otro: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra actualmente sin calefacción o en riesgo de perder sus servicios públicos de calefacción?

¿Alguien dentro de su hogar padece una enfermedad que se vea afectada por la pérdida de calefacción?

Nombre Completo del Solicitante

Primer nombre

Apellido

Inicial

Dirección física

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Dirección postal (si es diferente)

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Correo electrónico

Teléfono principal

Tipo de teléfono:

Casa

Celular

Trabajo

¿Cómo desea recibir su notificación de prestaciones?

Correo postal

Correo electrónico

Tipo de hogar

Persona soltera

Adultos, sin niños

Multigeneracional

Dos padres con hijos

Padre/madre soltero/a

Adultos sin parentesco con hijos

Otro

Número de miembros del hogar

Cuenta a todas las personas que viven en su casa

\_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo ha vivido en su casa?

Menos de 12 meses

12 meses o más

Estado de ocupación

Propia

Alquiler, servicios públicos incluidos

Alquiler, servicios públicos facturados por separado

Alquiler subvencionado

Sin hogar

Otro tipo de vivienda permanente

Tipo de vivienda

Casa unifamiliar

Dúplex (2 unidades)

Tríples (3 unidades)

Cuádruples (4 unidades)

Apartamentos (más de 4 unidades)

Casa prefabricada/casa móvil de más de 40 pies

Remolque de viaje/vehículo recreativo/casa móvil de menos de 40 pies

(Para uso interno)

# ID del Cliente

# Personas en su hogar

Proporcione detalles sobre todas las personas que viven en su casa, enumerando primero al solicitante/jefe de familia. Si hay más miembros del hogar que no puedan ser incluidos en este formulario, use la página adicional adjunta.

<b>Nombre Completo del Solicitante</b>	Primer nombre	Apellido	Inicial
<b>Fecha de nacimiento</b>			
<b>Número de seguro social</b>			
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Etnia</b>	<input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina		
<b>Ciudadano o natural de EE.UU.</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estatus migratorio elegible?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete a y b.		
<b>Tipo de documento de inmigración</b>	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia Permanente o Certificado de Inscripción en el Registro de Extranjeros <input type="checkbox"/> Documentos de Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Pasaporte Extranjero y I-94/I-94A con permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Pasaporte extranjero y sello I-551/notación impresa I-551		
<b>Número de ID del documento</b>			
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska/indígena <input type="checkbox"/> Asiático/asiático-americano <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/africano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Estado Militar</b>	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Nunca sirvió		
<b>Condición de discapacidad</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>Empleo</b>	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado, ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo, > 6 meses <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante o temporal <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Fuentes de ingreso (Marque todas las que correspondan)</b>	<input type="checkbox"/> Salarios conyugal <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Discapacidad con prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Discapacidad sin prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Prestaciones no monetarias (Marque todas las que correspondan)</b>	<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos (SNAP) <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vales de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Seguro médico</b>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud para Niños <input type="checkbox"/> Salud de adultos Programa de seguro <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Ninguna		
<b>Actualmente asiste a la escuela</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>Nivel educativo más alto completado</b>	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduado/a de secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduado/a de carrera universitaria <input type="checkbox"/> Escuela de oficios u otra		

# Siga contándonos sobre las personas de su hogar

<b>Nombre</b>	Primer nombre	Apellido	Inicial
<b>Relación con usted</b>			
<b>Fecha de nacimiento</b>			
<b>Número de seguro social</b>			
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Etnia</b>	<input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina		
<b>Ciudadano o natural de EE.UU.</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estatus migratorio elegible?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete a y b.		
<b>Tipo de documento de inmigración</b>	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia Permanente o Certificado de Inscripción en el Registro de Extranjeros <input type="checkbox"/> Documentos de Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Pasaporte Extranjero y I-94/I-94A con permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Pasaporte extranjero y sello I-551/notación impresa I-551		
<b>Número de ID del documento</b>			
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska/indígena <input type="checkbox"/> Asiático/asiático-americano <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/africano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Estado Militar</b>	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Nunca sirvió		
<b>Condición de discapacidad</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>Empleo</b>	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado, ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo, > 6 meses <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante o temporal <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Fuentes de ingreso (Marque todas las que correspondan)</b>	<input type="checkbox"/> Salarios conyugal <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Discapacidad con prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Discapacidad sin prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Prestaciones no monetarias (Marque todas las que correspondan)</b>	<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos (SNAP) <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vales de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Seguro médico</b>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud para Niños <input type="checkbox"/> Salud de adultos Programa de seguro <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Ninguna		
<b>Actualmente asiste a la escuela</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>Nivel educativo más alto completado</b>	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduado/a de secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduado/a de carrera universitaria <input type="checkbox"/> Escuela de oficios u otra		

# Siga contándonos sobre las personas de su hogar

<b>Nombre</b>	Primer nombre	Apellido	Inicial
<b>Relación con usted</b>			
<b>Fecha de nacimiento</b>			
<b>Número de seguro social</b>			
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Etnia</b>	<input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina		
<b>Ciudadano o natural de EE.UU.</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estatus migratorio elegible?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete a y b.		
<b>Tipo de documento de inmigración</b>	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia Permanente o Certificado de Inscripción en el Registro de Extranjeros <input type="checkbox"/> Documentos de Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Pasaporte Extranjero y I-94/I-94A con permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Pasaporte extranjero y sello I-551/notación impresa I-551		
<b>Número de ID del documento</b>			
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska/indígena <input type="checkbox"/> Asiático/asiático-americano <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/africano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Estado Militar</b>	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Nunca sirvió		
<b>Condición de discapacidad</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>Empleo</b>	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado, ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo, > 6 meses <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante o temporal <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Fuentes de ingreso (Marque todas las que correspondan)</b>	<input type="checkbox"/> Salarios conyugal <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Discapacidad con prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Discapacidad sin prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Prestaciones no monetarias (Marque todas las que correspondan)</b>	<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos (SNAP) <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vales de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Seguro médico</b>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud para Niños <input type="checkbox"/> Salud de adultos Programa de seguro <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Ninguna		
<b>Actualmente asiste a la escuela</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
<b>Nivel educativo más alto completado</b>	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduado/a de secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduado/a de carrera universitaria <input type="checkbox"/> Escuela de oficios u otra		

# Declaración de Cero

Complete esta sección solo si todos los miembros de su hogar no tuvieron ingresos en el mes anterior. Explique brevemente cómo se han cubierto las necesidades básicas de su hogar durante el mes anterior:

Vivienda	Comida	Servicios públicos

## Certificación del participante

### Firme debajo para certificar la exactitud de la información que ha proporcionado.

Comprendo que el hecho de completar esta solicitud no supone la aprobación inmediata de la asistencia.

Por la presente, doy permiso para la divulgación de cualquier información necesaria para procesar esta aplicación a un representante del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW) y/o a una agencia u organización sin fines de lucro, sus designados o cualquier agencia estatal o federal según exija la ley, y para que esta información se use a solicitud para determinar la elegibilidad para otros programas o servicios de la agencia.

Entiendo que mi información se mantendrá de acuerdo con las normas de confidencialidad del IDHW.

Por la presente, autorizo a mi(s) proveedor(es) de servicios públicos a proporcionar mis datos de facturación y uso al representante del IDHW y/o de esta agencia o a su designado. Declaro que estoy haciendo esta solicitud para todas las personas que viven en mi hogar.

Si solicito LIHEAP, entiendo que estoy solicitando beneficios federales y que puedo no ser elegible para recibir los beneficios LIHEAP por hasta doce (12) meses y se me solicitará que devuelva cualquier beneficio que haya recibido si hubiera tergiversado y/u ocultado deliberadamente hechos usados para determinar mi elegibilidad. Garantizo que cualquier pago LIHEAP recibido se usará únicamente para los gastos de energía de mi hogar y no los compartiré ni venderé a nadie fuera del hogar registrado en esta solicitud.

Si solicito servicios de climatización, entiendo que completar esta solicitud no garantiza que se realice ningún trabajo de climatización en mi casa y que se me puede exigir el reembolso de cualquier gasto por servicios de climatización que reciba si distorsiono u oculto hechos deliberadamente. Autorizo la climatización de mi casa sin costo alguno para mí o para mi familia y, si procede, autorizo a la agencia a ponerse en contacto con mi arrendador para pedirle permiso para climatizar la casa.

Si solicito servicios CSBG, entiendo que estoy solicitando beneficios federales y que puedo no ser elegible para recibir servicios CSBG por hasta doce (12) meses y me pueden solicitar que devuelva cualquier beneficio que reciba si hubiera tergiversado y/u ocultado deliberadamente hechos usados para determinar mi elegibilidad.

## Firma (obligatoria)

Nombre del solicitante en letra de imprenta

Firma del participante

Fecha

Nombre del representante de la agencia en letra de imprenta

Firma del representante de la agencia

Fecha