

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE PARTICIPANTES DE LIHEAP

Tipo de solicitud (Marque las que apliquen)	<input type="checkbox"/> Asistencia energética - Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP) <input type="checkbox"/> Climatización - Programa de asistencia de climatización para personas de bajos ingresos (WAP)		<input type="checkbox"/> Factura de agua - Programa de asistencia de Agua para personas de bajos ingresos (LIHWAP) <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Fecha de solicitud					
Primer nombre					
Segundo nombre				Middle	
Dirección postal					
Ciudad		Estado		Código postal	
Dirección de residencia	<input type="checkbox"/> Misma que la dirección postal <input type="checkbox"/> Otros: _____				
Ciudad de residencia		Estado		Condado	
Teléfono de la casa		Teléfono celular		Teléfono del trabajo	
Correos electrónicos?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Dirección de correo electrónico		
Dónde escuchó sobre este programa?	<input type="checkbox"/> Carta de esta agencia <input type="checkbox"/> Anuncio de televisión <input type="checkbox"/> Publicación en redes sociales de parte de esta Agencia <input type="checkbox"/> Remitido por un familiar/amigo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Anuncio de radio <input type="checkbox"/> Publicación en redes sociales de parte de Mis Servicios <input type="checkbox"/> Remitido por otra agencia <input type="checkbox"/> Visita de esta agencia <input type="checkbox"/> Anuncio de periódico <input type="checkbox"/> Remitido por la Empresa de Mis Servicios <input type="checkbox"/> Cartel/Voalnte <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Evento comunitario con esta Agencia				
Tipo de Hogar	<input type="checkbox"/> Persona soltera <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Dos adultos, sin niños <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Dos padres con hijos <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Adultos no emparentados <input type="checkbox"/> Otros: _____				
Número de miembros del hogar (Cuenta todas las personas que viven en su hogar)					

Pautas de Ingresos por Programa

La siguiente tabla muestra las pautas de ingresos para el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos, el Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos y el Programa de Asistencia para Climatización de Hogares de Bajos Ingresos. La elegibilidad se basa en los límites de ingresos brutos anuales. Los límites de ingresos brutos mensuales se proporcionan como una herramienta de referencia rápida; estos totales no pueden exceder los límites de ingresos brutos*.

Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP) 60% del Ingreso Medio Estatal		
Tamaño de la Familia	Ingresos Brutos Mensuales	Ingreso Bruto Anual
1	\$2,075.33	\$24,904.00
2	\$2,713.92	\$32,567.00
3	\$3,352.42	\$40,229.00
4	\$3,991.00	\$47,892.00
5	\$4,629.58	\$55,555.00
6	\$5,268.08	\$63,217.00
7	\$5,387.85	\$64,654.20
150% de las Pautas Federales de Pobreza		
8	\$5,582.50	\$66,990.00
9	\$6,150.00	\$73,800.00
10	\$6,717.50	\$80,610.00
Cada Persona Adicional	+\$567.50**	+\$6,810.00**
	** Luego redondea al dólar entero más cercano	

Programa de Asistencia de Climatización para Personas de Bajos Ingresos (WAP) 200% de las Pautas Federales de Pobreza		
Tamaño de la familia	Ingresos Brutos Mensuales	Ingreso Bruto Anual
1	\$2,265.00	\$27,180.00
2	\$3,051.67	\$36,620.00
3	\$3,838.33	\$46,060.00
4	\$4,625.00	\$55,500.00
5	\$5,411.67	\$64,940.00
6	\$6,198.33	\$74,380.00
7	\$6,985.00	\$83,820.00
8	\$7,771.67	\$93,260.00
9	\$8,558.34	\$98,400.00
10	\$9,345.01	\$107,480.00
Cada Persona Adicional	+\$786.67**	+\$9,440.00**
	**Luego redondea al dólar entero más cercano	

Para calificar para la asistencia, el ingreso familiar anualizado total de su familia debe estar en o por debajo de los límites enumerados anteriormente para los programas que está solicitando. Para anualizar sus ingresos, tome sus ingresos de los 30 días anteriores y multiplíquelos por doce.

Miembros del hogar:- Proporcione detalles sobre todas las personas que viven en su hogar, enumerando primero al solicitante / jefe de familia. Si hay más miembros del hogar que no se pueden incluir en este formulario, solicite una página adicional.

Relación con solicitante	uno mismo			
Nombre				
Fecha de nacimiento				
Número de Seguro Social				
Origen étnico	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
Raza	<input type="checkbox"/> Indígena americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o otro habitadn de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Indígena americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o otro habitadn de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Indígena americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o otro habitadn de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Indígena americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o otro habitadn de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudadano de EE. UU.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Situación Militar	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> N/A
Condición incapacitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Beneficios en especie (Marque todos los que correspondan)	<input type="checkbox"/> SNAP (Estampillas de comida) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vales de eleccion devivienda (HUD) <input type="checkbox"/> Vivienda de ApoloyoPermanente (PSHO) <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale de guarderia <input type="checkbox"/> Subsidio de Ley del Cuidadode <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> SNAP (Estampillas de comida) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vales de eleccion devivienda (HUD) <input type="checkbox"/> Vivienda de ApoloyoPermanente (PSHO) <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale de guarderia <input type="checkbox"/> Subsidio de Ley del Cuidadode <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> SNAP (Estampillas de comida) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vales de eleccion devivienda (HUD) <input type="checkbox"/> Vivienda de ApoloyoPermanente (PSHO) <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale de guarderia <input type="checkbox"/> Subsidio de Ley del Cuidadode <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> SNAP (Estampillas de comida) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vales de eleccion devivienda (HUD) <input type="checkbox"/> Vivienda de ApoloyoPermanente (PSHO) <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale de guarderia <input type="checkbox"/> Subsidio de Ley del Cuidadode <input type="checkbox"/> Otro:
Empleo (Para los 18+ Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Tiempo complete <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses <input type="checkbox"/> Desempleados y no en la fuerza laboral	<input type="checkbox"/> Tiempo complete <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses <input type="checkbox"/> Desempleados y no en la fuerza laboral	<input type="checkbox"/> Tiempo complete <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses <input type="checkbox"/> Desempleados y no en la fuerza laboral	<input type="checkbox"/> Tiempo complete <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses <input type="checkbox"/> Desempleados y no en la fuerza laboral
Trabajador agrícola (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> granjero a tiempo completo <input type="checkbox"/> trabajador agrícola estacional migrante <input type="checkbox"/> trabajador agrícola estacional	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> granjero a tiempo completo <input type="checkbox"/> trabajador agrícola estacional migrante <input type="checkbox"/> trabajador agrícola estacional	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> granjero a tiempo completo <input type="checkbox"/> trabajador agrícola estacional migrante <input type="checkbox"/> trabajador agrícola estacional	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> granjero a tiempo completo <input type="checkbox"/> trabajador agrícola estacional migrante <input type="checkbox"/> trabajador agrícola estacional
Fuentes de ingresos (Marque todos los que Correspondan)	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> Interés <input type="checkbox"/> Manutencion <input type="checkbox"/> Anualidad Infantil <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> Interés <input type="checkbox"/> Manutencion <input type="checkbox"/> Anualidad Infantil <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> Interés <input type="checkbox"/> Manutencion <input type="checkbox"/> Anualidad Infantil <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> Interés <input type="checkbox"/> Manutencion <input type="checkbox"/> Anualidad Infantil <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia
Educación (para los 16+, seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, no graduado <input type="checkbox"/> graduado de preparatoria/ GED <input type="checkbox"/> alguna educación superior <input type="checkbox"/> Graduado universitario de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> escuela de oficios u otra	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, no graduado <input type="checkbox"/> graduado de preparatoria/ GED <input type="checkbox"/> alguna educación superior <input type="checkbox"/> Graduado universitario de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> escuela de oficios u otra	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, no graduado <input type="checkbox"/> graduado de preparatoria/ GED <input type="checkbox"/> alguna educación superior <input type="checkbox"/> Graduado universitario de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> escuela de oficios u otra	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, no graduado <input type="checkbox"/> graduado de preparatoria/ GED <input type="checkbox"/> alguna educación superior <input type="checkbox"/> Graduado universitario de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> escuela de oficios u otra

Detalles de la vivienda: proporcione detalles sobre su hogar	
Estado de ocupación	<input type="checkbox"/> propio <input type="checkbox"/> alquilar <input type="checkbox"/> Vagabundo
Fecha en que se mudó a la casa actual	
Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> Unifamiliar Casa <input type="checkbox"/> Casa prefabricada/ Casa rodante mayor a 40 pies. <input type="checkbox"/> Casa rodante/RV/Móvil Casa menor de 40 pies <input type="checkbox"/> Dúplex (2 Unidades) <input type="checkbox"/> Triplex (3 Unidades) <input type="checkbox"/> Quadplex (4 Unidades) <input type="checkbox"/> Departamentos (Más de Unidades)

* Complete esta sección solo si está solicitando asistencia energética, climatización o si su sistema de calefacción / refrigeración o calentador de agua no funciona :

Detalles de calefacción: Proporcione detalles sobre cómo calienta su hogar.	
Fuente de calor primaria (Seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Propano (entregado) <input type="checkbox"/> Propano (botellas pequeñas) <input type="checkbox"/> Madera (con alambre) <input type="checkbox"/> Leño <input type="checkbox"/> Pellets de madera <input type="checkbox"/> Otros:
Proveedor de calefacción primario	Número de cuenta
¿Están sus costos de calefacción primaria incluidos en su alquiler? (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, mi arrendador proporciona mi fuente de calefacción principal sin facturarme <input type="checkbox"/> Sí, la factura de calefacción principal está a nombre del arrendador, pero yo pago el costo total de cada factura mensual. <input type="checkbox"/> Sí, el arrendador me cobra una cantidad fija por mes para cubrir los costos primarios de calefacción: \$ _____
Está enfrentando una emergencia con su calefacción primaria ? (Seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, me quedé sin combustible de calefacción primaria. <input type="checkbox"/> Sí, mi fuente de calefacción ha sido desconectada. <input type="checkbox"/> Sí, me quedaré sin combustible de calefacción primaria en menos de 48 horas. <input type="checkbox"/> Sí, me desconectarán el:
Proveedor de electricidad	Número de cuenta
¿Tiene una emergencia con su cuenta de electricidad? (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, mi fuente de calefacción ha sido desconectada. <input type="checkbox"/> Sí, me desconectarán el:
Otra(s) fuente(s) de calor (Seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Propano (entregado) <input type="checkbox"/> Propano (botellas pequeñas) <input type="checkbox"/> Madera (con alambre) <input type="checkbox"/> Leño <input type="checkbox"/> Pellets de madera <input type="checkbox"/> Otros:
Otro tipo de calefacción	Proveedor(es)
	Número(s) de cuenta

*Complete esta sección solo si solicita Asistencia para el agua:

Detalles del proveedor de agua: proporcione detalles sobre los proveedores de agua de su hogar.	
Vendedor de agua potable	Número de cuenta
¿Están sus costos de agua potable incluidos en su alquiler? (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, mi arrendador me proporciona agua potable sin facturarme <input type="checkbox"/> Sí, la factura del agua potable está a nombre del propietario, pero yo pago el costo total de cada factura mensual <input type="checkbox"/> Sí, el arrendador me cobra una cantidad fija por mes para cubrir los costos del agua potable : \$ _____
¿Tiene una emergencia con su factura de agua potable? (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, mi fuente de calefacción ha sido desconectada. <input type="checkbox"/> Sí, me desconectarán el:
Proveedor de aguas residuales (alcantarillado)	Número de cuenta
¿Están sus costos de aguas residuales incluidos en su alquiler? (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, mi arrendador se encarga de la eliminación de aguas residuales sin facturarme <input type="checkbox"/> Sí, la factura de las aguas residuales está a nombre del propietario, pero yo pago el costo total de cada factura mensual <input type="checkbox"/> Sí, el arrendador me cobra una cantidad fija por mes para cubrir los costos de las aguas residuales: \$ _____
¿Se enfrenta a una emergencia con su factura de aguas residuales? (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, mi fuente de calefacción ha sido desconectada. <input type="checkbox"/> Sí, me desconectarán el:

* Complete esta sección solo si está solicitando climatización o si su sistema de calefacción, sistema de enfriamiento y / o calentador de agua no está funcionando:

Detalles de los sistemas de calefacción / refrigeración y del calentador de agua: proporcione detalles sobre estos sistemas en su hogar								
Tipo de sistema (s) de calefacción (Seleccione todos los que correspondan)	Combustible del sistema de calefacción						Heating System Condition	
	Gas natural	Electricidad	petróleo	propano	madera	pellets de madera		
Horno central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Bomba de calor central		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Caldera central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Horno de pared	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Calentadores de zócalo		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Bomba de calor sin conductos		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Calentadores de pared		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Estufa de Calefacción	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Calentadores Espaciales		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
N/A							<input type="checkbox"/> No tengo un sistema de calefacción	
Tipo de calentador (es) de agua (Seleccione todos los que correspondan)	Combustible del Calentador de Agua						Condición del Calentador de Agua	
Unidad Estándar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Unidad sin tanque	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Unidad de bomba de calor		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Operable	<input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable
N/A							<input type="checkbox"/> No tengo calentador de agua	
Tipo de sistema(s) de refrigeración	<input type="checkbox"/> Acondicionador de aire central		<input type="checkbox"/> Aire acondicionado de ventana / pared				<input type="checkbox"/> Operable <input type="checkbox"/> defecto <input type="checkbox"/> Inoperable	
	<input type="checkbox"/> Bomba de calor central		<input type="checkbox"/> Bomba de calor sin conductos				<input type="checkbox"/> No tengo un sistema de enfriamiento	
	<input type="checkbox"/> Enfriador evaporativo		<input type="checkbox"/> N/A					

* Complete esta sección solo si todos los miembros del hogar en su hogar no tuvieron ingresos durante el mes anterior:

Declaración de renta cero		
DECLARO QUE EL INGRESO BRUTO DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN MI CASA HA SIDO CERO DURANTE EL MES ANTERIOR. Entiendo que la tergiversación intencionada y / o el ocultamiento de hechos puede resultar en sanciones penales y civiles.		
Las necesidades básicas de vida de mi hogar durante el mes anterior han sido satisfechas por:		
<u>Da una breve explicación a continuación.</u>		
Abrigo	Comida	Utilidades
Firma del participante		Fecha

Aviso de no discriminación

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, sexo, discapacidad, origen nacional, credo religioso o creencia política, puede presentar una queja. Los formularios de quejas están disponibles en la dirección que se indica a continuación o en el proveedor de ayuda que se menciona anteriormente.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y BIENESTAR SECCIÓN

DE ACCIÓN AFIRMATIVA DE DERECHOS CIVILES

PO BOX 83720; BOISE, ID; 83720-0036

Sus derechos

Si su solicitud de asistencia es denegada, se le notificará por escrito el motivo de la decisión. Si no está satisfecho con esta decisión o considera que ha sido discriminado de alguna manera, cuenta con treinta (30) días a partir de la fecha en que se envió la notificación para solicitar una audiencia imparcial utilizando el formulario HW 0406. Si presenta una solicitud de audiencia imparcial, tendrá derecho a averiguar si su elegibilidad para el PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA GASTOS DE ENERGÍA EN EL HOGAR CON BAJOS INGRESOS y/o PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA CLIMATIZACIÓN PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS se determinó incorrectamente de acuerdo con las leyes y políticas estatales y federales.

Ley de privacidad y divulgación de información

Bajo la Sección 3(e)(3) de la Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C. 552 a(e)(3), cada agencia que mantiene un sistema de registros debe informar a cada individuo de quien solicita información de la autoridad que permite la solicitud de la información; si la divulgación es voluntaria; el propósito principal para el cual se pretende utilizar la información; los usos rutinarios que pueden hacerse de la información; y las consecuencias, si las hubiera, resultantes de la falla de la persona para proporcionar la información solicitada. La Ley de Privacidad requiere que esta declaración antes de la recopilación y el uso de la información solicitada. Puede conservar esta declaración para sus registros.

Autoridad: La autoridad específica para el mantenimiento de este informe se encuentra en las secciones 416 y 417 de la Ley de Conservación y Producción de Energía, Pub. L. 94-385. Estas secciones dirigen a las agencias federales y estatales, que patrocinan estos programas, para monitorizar la efectividad de los programas y para exigir que la agencia local sin fines de lucro que implementa los programas mantenga registros para permitir la supervisión del programa.

Sus respuestas a la solicitud de información son totalmente voluntarias; sin embargo, si se niega a proporcionar la información solicitada, no será considerado para recibir la ayuda. Escriba sus iniciales en cada uno de los cuatro puntos a continuación si está de acuerdo con cada.

Certificación del participante: firme a continuación para certificar la exactitud de la información que proporcionó.

Entiendo que completar esta solicitud no constituye una aprobación inmediata para recibir asistencia.

Por la presente doy mi permiso para la divulgación de cualquier información necesaria para procesar esta solicitud a un Representante del Departamento de Salud y Bienestar (IDHW) y / o agencia, organización sin fines de lucro o su designado o a cualquier agencia estatal y federal, según lo requiera la ley.

Entiendo que mi información se mantendrá de acuerdo con las Regulaciones de Confidencialidad de IDHW.

Por la presente autorizo a mi (s) proveedor (es) de energía a proporcionar mis datos de facturación y uso al representante de IDHW y / o esta agencia o su designado.

Bajo pena de perjurio, certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que estoy solicitando beneficios federales y que podría ser sancionado y obligado a devolver cualquier beneficio que reciba si tergiverso u oculto intencionalmente los hechos. Las sanciones pueden incluir acción administrativas, civiles o penales en mi contra, incluida la persecución

Firma del participante

Fecha

Representante de la Agencia

Fecha