

Solicitud de programas de asistencia energética

| | | |
|---|--|---|
| <p>Asistencia para los servicios públicos</p> <p>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.</p> | <p>Asistencia para el agua</p> <p>El Programa de Asistencia al Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP) ayuda a las familias a pagar sus costos de agua potable y aguas residuales.</p> | <p>Climatización</p> <p>El Programa de Asistencia para la Climatización (WAP) ayuda a las familias a reducir sus costos mensuales de calefacción y refrigeración y mejora la seguridad de sus hogares.</p> |
|---|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>QUIÉN puede usar esta solicitud</p> | <p>Cualquier persona puede usar esta solicitud para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar asistencia para sí misma y/o para los miembros de su hogar • Solicitar un tipo de asistencia o varios tipos de asistencia |
| <p>QUÉ 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"> • Prueba de ciudadanía para cada miembro del hogar o estado legal en Estados Unidos para los no ciudadanos • Números de seguro social de cada uno de los miembros del hogar • Prueba de los ingresos de cada miembro de la familia del mes anterior. • Copias de las últimas facturas de servicios públicos <p>Es posible que necesitemos otras pruebas, pero solo las pediremos si las necesitamos.</p> |
| <p>POR QUÉ Pedimos esta información</p> | <p>Pedimos esta información por varios motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia • Para determinar los tipos de asistencia para los que califica • Para asegurarse de que recibe la asistencia adecuada según su situación <p>Igualdad de oportunidades para los solicitantes De acuerdo con la ley federal y la política de la Oficina de Servicios Comunitarios (OCS), de la 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>HHS, Director de la Oficina de Servicios Comunitarios Fax: (202) 401-9333 200 Independence Ave. S.W. Correo electrónico: Lanique.Howard@afc.hhs.gov Washington, D.C. 20201 Teléfono:(202) 205-8347</p> |
| <p>Servicios de accesibilidad e interpretación</p> | <p>El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW) y las Agencias de Acción Comunitaria locales le ofrecen los siguientes servicios gratuitos. Si necesita ayuda para comunicarse con nosotros de forma más eficaz, consúltenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda para entender este formulario • Adaptación para una discapacidad • Intérprete de idiomas <p>Para acceder a cualquiera de estos servicios, llame a la agencia local que atiende al condado donde vive.</p> |
| <p>Derechos de apelación/audiencia</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"> • Llame a la Agencia de Acción Comunitaria local indicada anteriormente • Envíenos un correo electrónico a MyBenefits@dhw.idaho.gov • Complete y envíe el formulario de solicitud de audiencia justa en mybenefitforms.dhw.idaho.gov. <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>Ley de privacidad y divulgación de información</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 solicitante y el hogar

| | | | | | |
|--|--|-------------------------|---|-----------------------------|--|
| Tipo de solicitud (Marque todas las que correspondan) | <input type="checkbox"/> Asistencia para los servicios públicos de calefacción - Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) | | <input type="checkbox"/> Agua - Programa de Asistencia al Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP) | | |
| | <input type="checkbox"/> Climatización - Programa de Asistencia para la Climatización para Hogares de Bajos Ingresos (WAP) | | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |
| Fecha de la solicitud | | | | | |
| Apellido del solicitante | | | | | |
| Nombre del solicitante | | | | Segundo nombre | |
| Dirección postal | | | | | |
| Ciudad de envío | | Estado | | Código postal | |
| Dirección residencial | <input type="checkbox"/> Igual que la dirección postal <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |
| Ciudad residencial | | Estado | | Condado | |
| Teléfono de casa | | Teléfono celular | | Teléfono del trabajo | |
| ¿Está de acuerdo con recibir un correo electrónico? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Dirección de correo electrónico | | |
| ¿Cómo desea recibir su notificación de prestaciones? | <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico | | | | |
| ¿Cómo se enteró de este programa? | <input type="checkbox"/> Anuncio de televisión <input type="checkbox"/> Remitido por un familiar/amigo <input type="checkbox"/> Anuncio de radio <input type="checkbox"/> Remitido por una agencia: _____ <input type="checkbox"/> Anuncio en el periódico <input type="checkbox"/> Remitido por mi empresa de servicios públicos: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |
| Tipo de hogar | <input type="checkbox"/> Persona soltera <input type="checkbox"/> Madre soltera, mujer <input type="checkbox"/> Dos adultos, sin niños <input type="checkbox"/> Dos padres con hijos <input type="checkbox"/> Padre soltero, hombre <input type="checkbox"/> Adultos sin parentesco <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |
| Número de miembros del hogar Cuente a TODAS las personas que viven en su casa | | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|--|
| Detalles de la vivienda - Proporcione detalles sobre su casa | | | | |
| Estado de ocupación | <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Alquiler subvencionado | | Fecha de mudanza a la casa | |
| Tipo de vivienda | <input type="checkbox"/> Casa unifamiliar <input type="checkbox"/> Casa prefabricada/casa móvil de más de 40 pies <input type="checkbox"/> Remolque de viaje/vehículo recreativo/casa móvil de menos de 40 pies <input type="checkbox"/> Dúplex (2 unidades) <input type="checkbox"/> Tríplex (3 unidades) <input type="checkbox"/> Cuádruplex (4 unidades) <input type="checkbox"/> Apartamentos (más de 4 unidades) | | | |

Miembros del 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 pueden incluirse en este formulario, utilice la página adicional adjunta.

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Relación con el solicitante | Yo | | | |
| Nombre | | | | |
| Fecha de | | | | |
| N.º de seguro | | | | |
| Etnia | <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina | <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina | <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina | <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina |
| Raza | <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra | <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra | <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra | <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra |
| Género | <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/a estadounidense | <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 |
| Estado 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 de discapacidad | <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 |
| Prestaciones no monetarias (Marque todas las que correspondan) | <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda (Vales HUD) <input type="checkbox"/> PSH (Vivienda Permanente con Servicios Auxiliares) <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"/> Otra: | <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda (Vales HUD) <input type="checkbox"/> PSH (Vivienda Permanente con Servicios Auxiliares) <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"/> Otra: | <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda (Vales HUD) <input type="checkbox"/> PSH (Vivienda Permanente con Servicios Auxiliares) <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"/> Otra: | <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda (Vales HUD) <input type="checkbox"/> PSH (Vivienda Permanente con Servicios Auxiliares) <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"/> Otra: |
| Empleo (Marque todas las que correspondan) Para las personas mayores de 18 años | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por temporada Jubilado/a <input type="checkbox"/> Sin empleo ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo > 6 meses <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por temporada Jubilado/a <input type="checkbox"/> Sin empleo ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo > 6 meses <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por temporada Jubilado/a <input type="checkbox"/> Sin empleo ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo > 6 meses <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por temporada Jubilado/a <input type="checkbox"/> Sin empleo ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo > 6 meses <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral |
| Trabajador/a agrícola (Seleccione una opción) | <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Agricultor/a a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada migrante <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada | <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Agricultor/a a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada migrante <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada | <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Agricultor/a a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada migrante <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada | <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Agricultor/a a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada migrante <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada |
| Fuentes de ingreso (Marque todas las que correspondan) | <input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguna |
| Seguro médico (Marque todas las que correspondan) | <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Ninguno |
| Educación (Seleccione una opción) Para las personas mayores de 16 años | <input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduada de secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduada de carrera universitaria 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, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduada de secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduada de carrera universitaria 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, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduada de secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduada de carrera universitaria 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, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduada de secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduada de carrera universitaria de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> Escuela de oficios u otra |

Declaración de Cero Ingresos -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 |
|----------|--------|--------------------|
| | | |

Detalles del proveedor de servicios públicos - Proporcione detalles sobre cómo calefacciona su casa.

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| Fuente de calefacción principal (Seleccione una opción) | <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas natural | <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Aceite | <input type="checkbox"/> Propano (envío a domicilio) <input type="checkbox"/> Propano (Garrafas) | <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Pellets de madera <input type="checkbox"/> Leña artificial |
| Proveedor de calefacción principal | | Número de cuenta | | |
| ¿Los gastos de calefacción principal están incluidos en el alquiler? (Seleccione una opción) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, mi arrendador me proporciona mi fuente de calefacción principal sin facturarme por ello <input type="checkbox"/> Sí, la factura de la 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 un monto fijo al mes para cubrir los gastos de calefacción principal: \$ _____ | | | |
| ¿Se enfrenta a una emergencia con su fuente de calefacción principal? (Seleccione una opción) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, me han cortado el servicio público <input type="checkbox"/> Sí, me cortarán el servicio el día: | | | |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| Proveedor de electricidad | | Número de cuenta | | |
| Solo para clientes de Idaho Power - Número de contrato de servicio | | | | |
| ¿Se enfrenta a una emergencia con su cuenta de electricidad? (Seleccione una) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, me han cortado la electricidad <input type="checkbox"/> Sí, me cortarán el servicio el día: | | | |
| Otra(s) fuente(s) de calefacción (Seleccione todas las opciones que correspondan) | <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas natural | <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Aceite | <input type="checkbox"/> Propano (envío a domicilio) <input type="checkbox"/> Propano (Garrafas) | <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Pellets de madera <input type="checkbox"/> Leña artificial |
| Otro(s) proveedor(es) de | | Número de cuenta | | |

Datos del proveedor de agua - Proporcione detalles del/de los proveedor(es) de agua de su hogar.

| | | | |
|--|--|-------------------------|--|
| Proveedor de agua potable | | Número de cuenta | |
| ¿Los gastos de agua potable están incluidos en el alquiler? (Seleccione una opción) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, mi arrendador me proporciona mi agua potable sin facturarme por ello <input type="checkbox"/> Sí, la factura de agua está a nombre del arrendador, pero yo pago el costo total de cada factura mensual <input type="checkbox"/> Sí, el arrendador me cobra un monto fijo al mes para cubrir los gastos de agua: \$ _____ | | |
| ¿Se enfrenta a una emergencia con su agua potable? (Seleccione una opción) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, me han cortado el agua <input type="checkbox"/> Sí, me cortarán el servicio el día: | | |

| | | | |
|--|--|-------------------------|--|
| Proveedor de aguas residuales (alcantarillo) | | Número de cuenta | |
| ¿Los gastos de aguas residuales están incluidos en el alquiler? (Seleccione una opción) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, mi arrendador me proporciona mis servicios de aguas residuales sin facturarme por ello <input type="checkbox"/> Sí, la factura de aguas residuales está a nombre del arrendador, pero yo pago el costo total de cada factura mensual <input type="checkbox"/> Sí, el arrendador me cobra un monto fijo al mes para cubrir los gastos de aguas residuales: \$ _____ | | |
| ¿Se enfrenta a una emergencia con sus aguas residuales? (Seleccione una opción) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, me han cortado el agua <input type="checkbox"/> Sí, me cortarán el servicio el día: | | |

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

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.

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 no ser elegible para recibir los beneficios de LIHEAP y/o LIHWAP hasta por doce (12) meses y que se me exigirá devolver cualquier beneficio que reciba si deliberadamente distorsiono y/o oculto hechos. Declaro que hago la solicitud para todas las personas que viven en mi casa. Entiendo que esta información se utilizará, si se solicita, para determinar la elegibilidad para otros programas o servicios de la agencia. Aseguro que cualquier pago de LIHEAP y/o LIHWAP recibido se utilizará únicamente para los costos de energía y/o agua de mi hogar y no se compartirá y/o venderá a nadie fuera del hogar que figura 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.

Firma del/de la participante

Fecha

Representante de la agencia

Fecha

*Complete esta sección **solo** si está solicitando la ayuda para la climatización **o** si su sistema de calefacción no funciona

| Detalles de los sistemas de calefacción/refrigeración y del calentador de agua: <i>Proporcione detalles sobre estos sistemas dentro de su hogar</i> | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Tipo de sistema(s) de calefacción (Seleccione todas las opciones que correspondan) | Combustible del sistema de calefacción | | | | | | Sistema de calefacción Condición | | |
| | Gas natural | Electricidad | Aceite | Propano | Leña | Pellets de madera | | | |
| Calefacción centralizada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Bomba de calor centralizada | | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Caldera central | | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Caldera mural | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Calefacción de zócalo | | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Bomba de calor sin conductos | | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Calefactor de pared | | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Calefacción por horno | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Calentadores de espacio | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Otro: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| N/A | | | | | | | <input type="checkbox"/> No tengo sistema de calefacción | | |
| Tipo de calentador(es) de agua (Seleccione todas las opciones que correspondan) | Combustible del calentador de agua | | | | | | Calentador de agua Condición | | |
| Unidad estándar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Unidad sin depósito | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Unidad de bomba de calor | | <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| Otro: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Operativo | <input type="checkbox"/> Con fallas | <input type="checkbox"/> No operativo |
| N/A | | | | | | | <input type="checkbox"/> No tengo calentador de agua | | |
| Tipo de sistema(s) de refrigeración | <input type="checkbox"/> Aire acondicionado central <input type="checkbox"/> Bomba de calor centralizada <input type="checkbox"/> Climatizador evaporativo <input type="checkbox"/> Aire acondicionado de ventana/pared <input type="checkbox"/> Bomba de calor sin conductos <input type="checkbox"/> N/A | | | | | | <input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo <input type="checkbox"/> No tengo sistema de refrigeración | | |

Miembros del hogar - Página de los miembros del hogar adicionales.

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Relación con el solicitante | | | | |
| Nombre | | | | |
| Fecha de | | | | |
| N.º de seguro social | | | | |
| Etnia | <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina | <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina | <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina | <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina |
| Raza | <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra | <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra | <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra | <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra |
| Género | <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/a estadounidense | <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 |
| Estado 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 de discapacidad | <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 |
| Prestaciones no monetarias (Marque todas las que correspondan) | <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda (Vales HUD) <input type="checkbox"/> PSH (Vivienda Permanente con Servicios Auxiliares) <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"/> Otra: | <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda (Vales HUD) <input type="checkbox"/> PSH (Vivienda Permanente con Servicios Auxiliares) <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"/> Otra: | <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda (Vales HUD) <input type="checkbox"/> PSH (Vivienda Permanente con Servicios Auxiliares) <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"/> Otra: | <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda (Vales HUD) <input type="checkbox"/> PSH (Vivienda Permanente con Servicios Auxiliares) <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"/> Otra: |
| Empleo (Marque todas las que correspondan) Para las personas mayores de 18 años | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por temporada Jubilado/a <input type="checkbox"/> Sin empleo ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo > 6 meses <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por temporada Jubilado/a <input type="checkbox"/> Sin empleo ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo > 6 meses <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por temporada Jubilado/a <input type="checkbox"/> Sin empleo ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo > 6 meses <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por temporada Jubilado/a <input type="checkbox"/> Sin empleo ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo > 6 meses <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral |
| Trabajador/a agrícola (Seleccione una opción) | <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Agricultor/a a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada migrante <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada | <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Agricultor/a a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada migrante <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada | <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Agricultor/a a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada migrante <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada | <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Agricultor/a a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada migrante <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada |
| Fuentes de ingreso (Marque todas las que correspondan) | <input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguna |
| Seguro médico (Marque todas las que correspondan) | <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo | <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo | <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo | <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud Estatal para Niños <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Estatal para Adultos <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo |
| Educación (Seleccione una opción) Para las personas mayores de 16 años | <input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduada de secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduada de carrera universitaria 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, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduada de secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduada de carrera universitaria 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, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduada de secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduada de carrera universitaria 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, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduada de secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduada de carrera universitaria de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> Escuela de oficios u otra |

Para presentar esta solicitud

| Si vive en este condado: | Envíe por correo, correo electrónico o entregue sus solicitudes y verificaciones completas y firmadas a: | |
|---|---|--|
| Ada, Owyhee, Elmore | El Ada Community Action Agency Inc 701 E. 44 th St. Garden City, Idaho 83714 | Teléfono: 208-322-1242 Sitio web: www.eladacap.org Correo electrónico: LIHEAP@eladacap.org |
| Adams, Boise, Canyon, Gem, Payette, Valley, Washington | Western Idaho Community Action Partnership, Inc. 315 S. Main St. Payette, Idaho 83661 | Teléfono: 888-900-7361 Sitio web: www.wicap.org Correo electrónico: info@wicap.org |
| Bingham, Bonneville, Canyon, Cassia, Power, Twin Falls | Community Council of Idaho 317 Happy Day Blvd. #180 Caldwell, Idaho 83607 | Teléfono: 208-454-1652 Sitio web: www.communitycouncilofidaho.org Correo electrónico: LIHEAP@ccimail.org |
| Bonneville, Butte, Clark, Custer, Fremont, Jefferson, Lemhi, Madison, Teton | Eastern Idaho Community Action Partnership, Inc. 935 E. Lincoln Rd. Idaho Falls, Idaho 83401 | Teléfono: 208-542-8178 Sitio web: www.eicap.org Correo electrónico: eaif@eicap.org |
| Benewah, Bonner, Boundary, Clearwater, Idaho, Latah, Lewis, Kootenai, Nez Perce, Shoshone | Community Action Partnership, Inc. 124 New 6 th St. Lewiston, Idaho 83501 | Teléfono: 800-326-4843 Sitio web: www.cap4action.org Correo electrónico: ea@cap4action.org |
| Bannock, Bear Lake, Bingham, Caribou, Franklin, Oneida, Power | SouthEastern Idaho Community Action Agency, Inc. 641 N. 8 th Avenue Pocatello, Idaho 83201 | Teléfono: 208-232-1114 Sitio web: www.seicaa.org Correo electrónico: energy@seicaa.org |
| Blaine, Camas, Cassia, Gooding, Jerome, Lincoln, Minidoka, Twin Falls | South Central Community Action Partnership, Inc. 550 Washington St. S Twin Falls, Idaho 83301 | Teléfono: 208-736-0676 Sitio web: www.sccap-id.org Correo electrónico: kayleen@sccap-id.org |