

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP) SOLICITUD DE ASISTENCIA

*La solicitud no se considera completa sin la firma del solicitante en la página 2

Fecha en que se recibió la solicitud:

Tipo de asistencia que solicita: (Marque uno)
 Asistencia de Energía Eléctrica Asistencia en casos de crisis

¿Ha recibido asistencia de LIHEAP desde el 1 de octubre de 2023 a través de alguna agencia de TN? Si No
 En caso afirmativo, ¿qué agencia proporcionó asistencia?

Nombre del solicitante: _____ Teléfono: _____
 Dirección actual: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Correo electrónico del solicitante: _____ Condado: _____
 Dirección postal (si no es la misma que la dirección actual): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

ENUMERAR TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR (INCLUIDO EL SOLICITANTE). USE PAPEL ADICIONAL SI NECESITA MÁS ESPACIO)

NOMBRE (indique el nombre y los apellidos)	Estado civil	Relación con el solicitante	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Raza (opcional)	Grado más alto finalizado	Veterano o militar activo	¿Ayuda por discapacidad?	Seguro médico	Ingresos	Tipo de ingreso o asistencia
		Solicitante							S o N	S o N	S o N	S o N	
									S o N	S o N	S o N	S o N	
									S o N	S o N	S o N	S o N	
									S o N	S o N	S o N	S o N	
									S o N	S o N	S o N	S o N	
									S o N	S o N	S o N	S o N	
									S o N	S o N	S o N	S o N	
									S o N	S o N	S o N	S o N	

Tipo de Familia: Marque una de las casillas:
 Persona Soltera
 Madre soltera
 Padre soltero
 Adulto(s) con niño(s)
 Adulto(s) sin niño(s)
 Otro

AUTODECLARACIÓN DE DISCAPACIDAD (use papel adicional si necesita más espacio)

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR E INDIQUE LA DISCAPACIDAD PERMANENTE:
 ¿EL MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR TIENE UNA DECLARACIÓN MÉDICA FIRMADA QUE INDICA QUE REQUIERE EQUIPO DE SOPORTE VITAL? YES NO (marque con círculo)

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR E INDIQUE LA DISCAPACIDAD PERMANENTE:
 ¿EL MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR TIENE UNA DECLARACIÓN MÉDICA FIRMADA QUE INDICA QUE REQUIERE EQUIPO DE SOPORTE VITAL? YES NO (marque con círculo)

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR E INDIQUE LA DISCAPACIDAD PERMANENTE:
 ¿EL MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR TIENE UNA DECLARACIÓN MÉDICA FIRMADA QUE INDICA QUE REQUIERE EQUIPO DE SOPORTE VITAL? YES NO (marque con círculo)

SE DENEGARÁ LA ASISTENCIA SI EL SOLICITANTE SE NIEGA A PROPORCIONAR LOS NÚMEROS DE SEGURIDAD SOCIAL DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR Y LA VERIFICACIÓN

INGRESOS TOTALES DE LA UNIDAD FAMILIAR Indique la información de los ingresos del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar. Use papel adicional si necesita más espacio. Solo se indican los ingresos de los miembros de la unidad familiar mayores de 18 años.

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR	FUENTE DE INGRESOS	INGRESOS BRUTOS MENSUALES	SI SON SALARIOS, CON QUE FRECUENCIA SE PAGAN Y LA FECHA DE INICIO DEL EMPLEO

◆◆◆ DEBE ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS ACTUALES PARA CADA PERSONA EN LA UNIDAD FAMILIAR ◆◆◆

VIVIENDA (marque una) PROPIETARIO ALQUILA SECCIÓN 8 ADMINISTRACIÓN DE VIVIENDA PÚBLICA si los servicios públicos están a nombre de Vivienda Pública o Sección 8, cantidad de "excedente" de servicios públicos \$ _____
 EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS QUE RECIBIRÁ EL PAGO: (SU PRIMERA OPCIÓN)

Nombre de la empresa de Servicios públicos: _____

Número de cuenta: _____

Certifico que la cuenta está a nombre de _____ es para el uso de mi unidad familiar y soy responsable de sus pagos.

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS QUE RECIBIRÁ EL PAGO: (SEGUNDA OPCIÓN)

Nombre de la empresa de Servicios públicos: _____

Número de cuenta: _____

Certifico que la cuenta está a nombre de _____ es para el uso de mi unidad familiar y soy responsable de sus pagos.

***** ADJUNTE LA DOCUMENTACIÓN DE USO DE ENERGÍA ANUAL *****

¿Su unidad familiar alguna vez ha recibido servicios de nuestro Programa de Asistencia de Climatización? Sí No

¿Está interesado en más información sobre el Programa de Climatización? Sí No

¿SOLICITA ASISTENCIA PARA CASOS DE CRISIS? Veamos si tiene derecho

¿Está bajo aviso de desconexión de servicios públicos, o está atrasado en los pagos? S o N

¿Tiene menos de \$25 en una cuenta de prepago de servicios públicos? S o N

Si la respuesta es S a cualquiera de las dos preguntas, asegúrese de adjuntar la documentación.

Además, debe reunir uno de los siguientes requisitos:

¿Uno de los miembros de la unidad familiar tiene más de 60 años o menos de 6?

¿Uno de los miembros de la unidad familiar tiene una discapacidad?

¿Uno de los miembros de la unidad familiar es veterano o militar en servicio activo?

¿Su unidad familiar se encuentra en una circunstancia catalogada incontrolable?

Comuníquese con su agencia local para más información.

Certificación del solicitante:

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR MÍ ES VERDADERA Y CORRECTA. JURO BAJO PENA DE PERJURIO QUE EL SOLICITANTE ES UN CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS O UN EXTRANJERO AUTORIZADO SEGÚN SU DEFINICIÓN EN EL ARTÍCULO 1641(b) del Código de EE.UU. ENTIENDO QUE TODA PERSONA QUE ENCUBRE FRAUDULENTAMENTE UN HECHO MATERIAL O QUE A SABIENDAS DA INFORMACIÓN FALSA PARA RECIBIR ASISTENCIA DE LIHEAP ES RESPONSABLE TRAS SU CONDENA A UNA MULTA DE \$10,000 O ENCARCELAMIENTO POR NO MÁS DE CINCO AÑOS, O AMBOS. AUTORIZO LA VERIFICACIÓN DE CUALQUIER Y TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE DOCUMENTO PARA DETERMINAR MI IDONEIDAD, Y RECONOZCO QUE HE SIDO INFORMADO DEL PROCESO DE APELACIÓN BAJO LAS DISPOSICIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS. ENTIENDO QUE SERÉ NOTIFICADO POR ESCRITO DE MI CATEGORÍA DE IDONEIDAD. LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PROPORCIONADA POR USTED PARA DETERMINAR SU IDONEIDAD PARA LIHEAP Y PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL PROGRAMA SE CONSIDERARÁ CONFIDENCIAL, A MENOS QUE LA LEY AUTORICE O EXIJA LO CONTRARIO Y NO SE COMPARTIRÁ CON NINGUNA OTRA PERSONA O AGENCIA EXCEPTO PARA FINES DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA (LIHEAP). SOY EL CLIENTE DOCUMENTADO, EL AGENTE AUTORIZADO DEL CLIENTE O UN TERCERO AUTORIZADO PARA LA CUENTA DE SERVICIO DE SERVICIOS PÚBLICOS IDENTIFICADA EN ESTA SOLICITUD, Y AUTORIZO A MI PROVEEDOR DE SERVICIOS PÚBLICOS A DIVULGAR MIS DATOS DE CLIENTE SEGÚN LO SOLICITADO POR LA AGENCIA DE ADMINISTRACIÓN DE LIHEAP. ESTOY DE ACUERDO O NO ESTOY DE ACUERDO EN QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI SOLICITUD PUEDA SER COMPARTIDA CON OTRAS AGENCIAS A LAS QUE SOLICITE SERVICIOS ADICIONALES.

Firma del solicitante: _____ FECHA: _____

No se excluirá de la participación en, o se le negarán los beneficios de, ni de ninguna otra manera se hará objeto de discriminación en la operación del programa LIHEAP a ninguna persona sobre la base de su raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad, ascendencia, condición de veterano o ninguna otra característica protegida por la ley federal, estatal o local.

A ser completado por el personal de la agencia solamente:

FIRMA DEL FUNCIONARIO DE LA AGENCIA DETERMINANTE: _____ FECHA DE CERTIFICACIÓN: _____