Solicitud del Programa de Asistencia de Energía del Hogar por Bajos Ingresos (LIHEAP)

Para uso exclusivo de la Agencia (Agency Use Only)
Fecha de recepción de la solicitud:
Fecha en la que se completa la solicitud:

Tipo de asistencia que solicita:

Asistencia de energía Asistencia de crisis

¿Recibió asistencia conforme al programa LIHEAP desde el **1.° de octubre de 2020** a través de cualquier agencia LIHEAP de TN?
☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué agencia le proporcionó asistencia? _____

Información del hogar

Dirección principal	Ciudad o pueblo	Estado	Código postal	Condado

Información del jefe del hogar

Primer nombre	Inicial	Apellido

Complete hojas de información individual para cada miembro del hogar, incluyendo al jefe del hogar.

Teléfono principal	Teléfono secundario	Correo electrónico (opcional)

Dirección postal (si es diferente de la anterior)	Ciudad o pueblo	Estado	Código postal	Condado

Detalles de la familia

Tipo de familia: ☐ Única persona ☐ Madre soltera ☐ Padre soltero ☐ Adulto(s) con niño(s)

☐ Adultos) sin niño ☐ Otro _____

Tipo de hogar: ☐ Propio ☐ Alquilado ☐ Sección 8 ☐ Vivienda pública

¿Tiene un certificado médico firmado que indica que alguien en su hogar necesita equipo de soporte vital? ☐ Sí ☐ No

Documentación que necesitará cuando presente esta solicitud:

1. La solicitud con toda la información
2. Identificación emitida por el gobierno del jefe del hogar
3. Un registro de miembro del hogar por cada miembro del hogar, incluyendo al jefe del hogar
4. Una hoja de detalles de ingresos por cada miembro del hogar mayor de 18 años de edad
5. Verificación de Número del Seguro Social de todas las personas en el hogar. *Se denegará la asistencia si un solicitante se niega a presentar los números del seguro social y la verificación de todos los miembros del hogar*
6. Documentación sobre ingresos (recibos de sueldo, etc.)
7. Documentación sobre el consumo de energía anual

Hoja del miembro del hogar

Solicitud de Asistencia LIHEAP **Nombre del jefe del hogar: _____**

Hoja de información del miembro del hogar (utilice hojas adicionales si es necesario)

Nota: Se denegará la asistencia si un solicitante se niega a presentar los Números del Seguro Social y la verificación de todos los miembros del hogar.

Cantidad de miembros en el hogar: _____

Primer nombre	Inicial	Apellido
Género	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social

Relación con el hogar: ☐ Jefe del hogar ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Niño en adopción temporal ☐ Nieto ☐ Hijo adulto
☐ Padre/madre ☐ Abuelo/a ☐ Otra relación ☐ Sin relación

Raza (seleccione una): ☐ Blanco ☐ Negro/afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio americano/nativo de Alaska
☐ Nativo de Hawái/otro ☐ Islas del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otra _____

¿Hispano/latino? ☐ Sí ☐ No

Ciudadanía: ☐ Nacido en EE.UU./naturalizado ☐ Residente legal que califica ☐ Rediente legal que no califica ☐ Residente indocumentado

Empleo (si es mayor de 18 años): ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Jubilado ☐ Busca trabajo ☐ Desempleado
(seleccione una) ☐ No disponible ☐ Otro _____ ☐ No corresponde

¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Educación (si es mayor de 18 años): ☐ 0-octavo grado ☐ Noveno-doceavo grado ☐ Graduado secundaria/GED
☐ No es graduado de secundaria/GED ☐ Más de doceavo grado y algo de educación postsecundaria
☐ Graduado universitario 2 o 4 años ☐ Graduado universitario 4 años

Discapacidad: ☐ Sí ☐ No *En caso afirmativo, si necesita asistencia para completar esta solicitud o participar adecuadamente en el* programa, informe inmediatamente al empleado de la agencia para poder brindarle asistencia.

Veterano o miembro activo de las FF.AA.: ☐ Sí ☐ No

Primer nombre	Inicial	Apellido
Género	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social

Relación con el hogar: ☐ Jefe del hogar ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Niño en adopción temporal ☐ Nieto ☐ Hijo adulto
☐ Padre/madre ☐ Abuelo/a ☐ Otra relación ☐ Sin relación

Raza (seleccione una): ☐ Blanco ☐ Negro/afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio americano/nativo de Alaska
☐ Nativo de Hawái/otro ☐ Islas del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otra _____

¿Hispano/latino? ☐ Sí ☐ No

Ciudadanía: ☐ Nacido en EE.UU./naturalizado ☐ Residente legal que califica ☐ Rediente legal que no califica ☐ Residente indocumentado

Empleo (si es mayor de 18 años): ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Jubilado ☐ Busca trabajo ☐ Desempleado
(seleccione una) ☐ No disponible ☐ Otro _____ ☐ No corresponde

¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Educación (si es mayor de 18 años): ☐ 0-octavo grado ☐ Noveno-doceavo grado ☐ Graduado secundaria/GED
☐ No es graduado de secundaria/GED ☐ Más de doceavo grado y algo de educación postsecundaria
☐ Graduado universitario 2 o 4 años ☐ Graduado universitario 4 años

Discapacidad: ☐ Sí ☐ No *En caso afirmativo, si necesita asistencia para completar esta solicitud o participar adecuadamente en el* programa, informe inmediatamente al empleado de la agencia para poder brindarle asistencia.

Veterano o miembro activo de las FF.AA.: ☐ Sí ☐ No

--Adjunte <u>hoja(s) de detalles de ingresos</u> para cada miembro del hogar mayor de 18 años—

Solicitud de Asistencia LIHEAP **Hoja de Detalles de Ingresos**

Nombre del jefe del hogar: _____

Nombre del miembro del hogar: _____

Hoja de Detalles de Ingresos (adjunte una hoja por miembro del hogar, más de una si es necesario)

Nota: Debe informar sobre todas las fuentes de ingresos, a excepción de los ingresos de empleo de los miembros del hogar menores de 18 años

Ingresos: ¿Este ingreso es actual? ☐ Sí ☐ No

Tipo de ingresos: ☐ Pensión alimenticia/manutención de menores ☐ Pensión ☐ Salario/sueldo ☐ Seguro Social ☐ SSDI ☐ SSI ☐ TANF/AFDC ☐ Desempleo ☐ Sin ingresos

Período de ingresos: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual

Monto bruto por período de ingresos: _____

Tipo de documentación proporcionada: _____

Detalles del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Duración del empleo

Ingresos: ¿Este ingreso es actual? ☐ Sí ☐ No

Tipo de ingresos: ☐ Pensión alimenticia/manutención de menores ☐ Pensión ☐ Salario/sueldo ☐ Seguro Social ☐ SSDI ☐ SSI ☐ TANF/AFDC ☐ Desempleo ☐ Sin ingresos

Período de ingresos: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual

Monto bruto por período de ingresos: _____

Tipo de documentación proporcionada: _____

Detalles del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Duración del empleo

Ingresos: ¿Este ingreso es actual? ☐ Sí ☐ No

Tipo de ingresos: ☐ Pensión alimenticia/manutención de menores ☐ Pensión ☐ Salario/sueldo ☐ Seguro Social ☐ SSDI ☐ SSI ☐ TANF/AFDC ☐ Desempleo ☐ Sin ingresos

Período de ingresos: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual

Monto bruto por período de ingresos: _____

Tipo de documentación proporcionada: _____

Detalles del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Duración del empleo

--Adjunte más hojas según sea necesario para documentar los ingresos—

Nota: Debe informar sobre todas las fuentes de ingresos, a excepción de los ingresos de empleo de los miembros del hogar menores de 18 años

Solicitud de Asistencia LIHEAP **Información específica de LIHEAP**

Detalles de la solicitud de LIHEAP **Nombre del jefe del hogar:** _____

Fuente(s) de energía: ☐ Leña ☐ Electricidad ☐ Fueloil ☐ Carbón mineral ☐ Querosén ☐ Gas natural ☐ Gas L.P.

Costos de energía del hogar:
$ _____

Arrendatarios de viviendas públicas/Sección 8 únicamente

Monto de "excedente" de servicios públicos $_____

Compañía de servicios públicos o de energía que recibirá el pago:
Nombre de la compañía de servicios públicos:
Dirección de la compañía de servicios públicos:
Teléfono:
Número de cuenta:

Compañía de servicios públicos o de energía adicional:
Nombre de la compañía de servicios públicos:
Dirección de la compañía de servicios públicos:
Teléfono:
Número de cuenta:

Adjunte la documentación de consumo de energía anual.

Certifico que la(s) cuenta(s) anterior(es) a nombre de _____

(últimas 4 cifras del SSN)_____ relación _____ es/son para uso de mi hogar y que soy responsable de sus pagos.

¿Es esta una cuenta a nombre de su arrendador? ☐ Sí ☐ No

¿Su hogar recibió alguna vez los servicios de nuestro Programa de Asistencia para Aclimatación? ☐ Sí ☐ No

¿Le interesa dicho programa? ☐ Sí ☐ No

Si solicita asistencia de crisis, díganos el motivo en el espacio a continuación:

¿Le desconectaron la electricidad o el gas? ☐ Sí ☐ No ¿Recibió un aviso de desconexión? ☐ Sí ☐ No

Si recibió un aviso de desconexión, adjunte una copia a esta solicitud.

Certificación del solicitante Certifico que toda la información que proporcioné es verdadera y correcta. Comprendo que toda persona que oculta de forma fraudulenta un hecho material o que brinda información falsa a sabiendas para recibir asistencia LIHEAP puede ser condenado a una multa de $10,000 o cárcel de un máximo de cinco años, o ambos. Autorizo la verificación de toda la información que proporcioné en el presente para determinar mi elegibilidad, y certifico que recibí información sobre el proceso de apelación conforme a las disposiciones del Programa de Asistencia de Energía del Hogar por Bajos Ingresos. Certifico bajo pena de perjurio que todas las personas que solicitan o que reciben asistencia son ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros que califican tal como se define en 8 USC § 1641(b), o inmigrantes que califican. Comprendo que recibiré información por escrito sobre mi estado de elegibilidad. La información de identificación que usted proporcionó para determinar si califica para LIHEAP y para la provisión de los servicios del programa se considerará confidencial, a menos que la ley autorice o exija lo contrario, y no se compartirá con ninguna otra persona ni agencia excepto para fines directamente relacionados con la administración del programa (LIHEAP). Soy el cliente en los registros, el agente autorizado del cliente o un tercero autorizado de la cuenta de servicios públicos que se identifica en esta solicitud, y autorizo a mi proveedor de servicios públicos a divulgar mis datos de cliente tal como lo solicite la agencia que administra LIHEAP. Acepto _____ o no acepto _____ que la información incluida en mi solicitud se pueda compartir con otras agencias a las cuales solicito servicios adicionales.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

No se excluirá la participación, no se rechazarán los beneficios ni se someterá a discriminación de otra manera en el funcionamiento del programa LIHEAP de ninguna persona en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, ancestros, condición de veterano o ninguna otra característica protegida por la ley federal, estatal o local.

Para ser completado exclusivamente por el personal de la agencia (To be completed by agency staff only)

Nivel de beneficios elegible $ _____ Ingresos brutos anuales totales para todos los miembros del hogar mayores de 18 años $_____ No. de comprobante: _____

Fecha/hora en que se tomó: _____

Fecha/hora en la que se informó al proveedor: Estado de la solicitud: ☐ Aprobada ☐ Denegada

% de pobreza: Puntos totales:

Firma del funcionario revisor de la agencia: Fecha de certificación: