

# SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS

## 1. INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CABEZA DEL HOGAR

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL: \_\_\_\_\_ CONDADO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
(si es diferente a la primera dirección)

NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR: \_\_\_\_\_ NÚMERO CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA (Una guía para llenar esta sección se encuentra al pie de la página)

NOMBRE (PRIMERO Y APELLIDO)	PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO <small>(circule uno)</small>	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	DISCAPACIDAD <small>(circule uno)</small>	ASEGURANZA MEDICA	¿HISPANO, LÁTINO, O DE ORIGEN HISPANO?	RAZA	ESTADO MILITAR <small>(circule uno)</small>	NIVEL DE EDUCACIÓN	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
1 USE ESTA LÍNEA PARA LA PERSONA MENCIONADA ARRIBA	CABEZA DE FAMILIA		MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
2			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
3			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
4			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
5			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
6			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
7			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
8			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		

CUÁNTOS MIEMBROS DEL HOGAR SON: Ciudadano Americano: \_\_\_\_\_ Fuera del hogar: \_\_\_\_\_ Un joven desconectado (edad: 14-24) que no asista a la escuela o trabaje: \_\_\_\_\_

GUÍA PARA LLENAR LA SECCIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	ASEGURANZA MEDICA	RAZA	NIVEL DE EDUCACION	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
	1 - Cabeza de familia	• Formato de datos: 99 / 99 / 99	• Formato No. Social: 999-99-9999 • Formato I-94: 9999999 99	1 - Medicaid 2 - Medicare 3 - Programa de aseguranza del estado para menores 4 - Aseguranza del estado para adultos 5 - Aseguranza militar 6 - Compra directa 7 - Por medio del empleo 8 - Ninguna	1 - Indio Americano 2 - Nativo de Alaska 3 - Oriental 4 - Blanco 5 - Negro o Afro Americano 6 - Nativo de Hawaii otro Isleño del Pacífico 7 - Otro 8 - Multi-raza	1 - 0-8º grado 2 - 9º a 12º grado/no graduado 3 - Graduado de la secundaria 4 - Equivalente al diploma 5 - 12º grado o más escuela post secundaria 6 - Graduado de la Universidad (2- 4 años) 7 - Graduado de otra escuela post secundaria	1 - Empleado (tiempo completo) 2 - Empleado (medio tiempo) 3 - Migrante trabajador temporal del campo 4 - Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) 5 - Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) 6 - Desempleado (no en la fuerzalaboral) 7 - Jubilado

**SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS**

**3. TIPO DE HOGAR (marque una)**

PERSONA SOLTERA DOS	FAMILIA MONOPARENTAL FEMENINA	HOGAR CON AMBOS PADRES	HOGAR DE MULTIPLES GENERACIONES
ADULTOS SIN HIJOS	FAMILIA MONOPARENTAL MASCULINA	ADULTOS NO PARIENTES CON HIJOS	OTRO: _____

**4. FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR (marque todas las que apliquen)**

*Para cada fuente de recursos que usted marque, debe incluir prueba de ingresos junto con la solicitud. Para INGRESOS, provea copias de sus talones de cheque de los 30 días anteriores a esta solicitud, o proporcione una copia de su declaración de impuestos federales. Para INGRESOS de AUTOEMPLEO o INGRESOS AGRARIOS, proporcione una copia de su declaración de impuestos federales.*

INGRESOS DE EMPLEO (SALARIOS)	SSI (INGRESO SUPLEMENTARIO DEL SEGURO SOCIAL)	SEGURO PRIVADO DE INCAPACIDAD	PENSIÓN ALIMENTICIA U OTRO APOYO DE MANUTENCIÓN	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AGRARIOS	SSDI (INGRESO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL)	COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES	ASISTENCIA GENERAL DE	NO HAY INGRESOS
INGRESOS DE JUBILACIÓN DEL SEGURO SOCIAL	COMPENSACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DE VETERANOS	SEGURO DE DESEMPLEO		
PENSIÓN	PENSIÓN DE DISCAPACIDAD NO CONECTADA A LOS SERVICIOS DE VETERANOS	ASISTENCIA DE TANF/FIP	OTRO: _____	

¿Su hogar tiene ahorros de sobre \$50,000 (incluya: todos los ahorros y cuentas corrientes, CDs, y otras inversiones)?      SI      NO      ¿Alguien en su familia presento una declaración de impuestos y recibido los beneficios EITC (Earned Income Tax Credit) el año pasado o este año?      SI      NO

**5. BENEFICIOS NO MONETARIOS DEL HOGAR (marque todos las que apliquen)**

SNAP (PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS)	HCV (VALE DE ELECCIÓN DE VIVIENDA)	HUD-VASH (VIVIENDA SUSTENTADA POR ASUNTOS DE VETERANOS)
WIC (MUJERES, INFANTES Y NIÑOS)	VIVIENDA PÚBLICA	VALE PARA CUIDADO DE NIÑOS
LIHEAP	VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE	SUBSIDIO LEGAL DE CUIDADO ACSESIBLE
		OTRO: _____

**6. ESTADO DE VIVIENDA (marque uno)**

PROPIA	ALQUILER	OTRA VIVIENDA PERMANENTE	SIN HOGAR Si sin hogar, ¿qué es el estado actual de su vivienda?	OTRO: _____
Si RENTA, ¿sus gastos de calefacción están incluidos en su alquiler?	SI	NO	Si RENTA, ¿recibe asistencia de alquiler?	SI      NO
Si RENTA, ¿sus gastos de electricidad están incluidos en su alquiler?	SI	NO	Si RENTA, ¿su renta se basa en un porcentaje de sus ingresos?	SI      NO

¿Cuáles son su hipoteca o costos de alquiler por mes? \$ \_\_\_\_\_

**7. INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO/COMPEJO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**8. TIPO DE VIVIENDA (marque uno)**

CASA	CASA MOBIL	ALQUILO UNA HABITACIÓN	EL EDIFICIO TIENE 2, 3 O 4 UNIDADES	EL EDIFICIO TIENE 5 O MÁS UNIDADES	OTRO: _____
------	------------	------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------

**9. PRINCIPAL FUENTE DE CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD DEL HOGAR (marque uno)**

GAS NATURAL	ELECTRICIDAD	GAS PROPANO	ACEITE COMBUSTIBLE	MADERA/CARBÓN/MAÍZ	OTRO: _____
¿Si propano, tiene un tanque vacío o bajo (30% o menos)			SI	NO	

**10. ESTADO DE LA CUENTA DE CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD DEL HOGAR**

		<u>CALEFACCIÓN</u>		<u>ELECTRICIDAD</u>	
¿Tiene un aviso de desconexión?		SI	NO	SI	NO
¿Está actualmente desconectado su servicio?		SI	NO	SI	NO
¿Tiene un arreglo de pago?		SI	NO	SI	NO

**Debe incluir una copia de una FACTURA DE servicios de CALEFACCIÓN y de servicio de ELECTRICIDAD recientes con esta aplicación.**

**DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN**

Estoy haciendo una solicitud para el Programa de Asistencia de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y/o El Programa de Asistencia para Climatización (WAP). Entiendo que mi firma en esta solicitud o mi consentimiento verbal le otorga permiso a la agencia que procesa esta solicitud para usar la información que he proporcionado para determinar la elegibilidad de mi hogar para estos programas, y para otros programas administrados por esta agencia para los cuales he solicitado. Doy permiso al Estado de Iowa, al Departamento de Energía de los Estados Unidos, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y a la agencia procesando esta solicitud de obtener información adicional de mi proveedor de energía acerca del uso de mi hogar y el historial de pagos. También doy permiso al Estado de Iowa para divulgar información de la solicitud a mi proveedor de energía y para proveer detalles sobre mi cuenta y uso a los programas de LIHEAP, y WAP según sea necesario para facilitar recepción de beneficios.

Mi firma en esta solicitud o mi consentimiento verbal certifica, bajo pena de ley, lo siguiente: 1) Toda la información y documentación asociada con esta solicitud es correcta y completa, a mi leal saber y entender. 2) Declaro que soy la única persona en el hogar que ha completado o completará solicitud para estos programas. 3) Comprendo que si proporciono información falsa puedo ser sujeto a descalificación del programa o pena de ley. 4) Si fuera aplicable, autorizó la climatización de mi casa sin costo alguno para mí o mi familia. Esto incluye autorizar a la agencia para contactar a mi arrendador para obtener permiso para climatizar mi casa cuando corresponda. Entiendo que firmar esta solicitud no garantiza que recibiré asistencia para la climatización

Entiendo esta declaración

FIRMA

FECHA