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

Revisión 09/02/26

1. INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CABEZA DEL HOGAR

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ LA SOLICITUD: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INIICIAL: _____ CONDADO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DIRECCIÓN DE CORREO: (si es diferente a la primera dirección) _____ CUIDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

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 (circule uno)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	DISCAPACIDAD (circule uno)	ASEGURANZA MEDICA	¿HISPANO, LÁTINO, O DE ORIGEN HISPANO?	RAZA	ESTADO MILITAR (circule uno)	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 desconecatado (edad: 14-24) que no asista a la escuela o trabaje: _____

GUÍA PARA LLENAR LA SECCIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:

PARENTESCO
1 - Cabeza de familia
2 - Conyugue
3 - Hijo
4 - Hijo de crianza
5 - Nieto
6 - Hermano
7 - Padre
8 - Abuelo
9 - Otro familiar
10 - No hay parentesco

FECHA DE NACIMIENTO
- Formato de datos: 99 / 99 / 99

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94
- Formato No. Social: 999-99-9999
- Formato I-94: 9999999 99

ASEGURANZA MEDICA
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

RAZA
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

NIVEL DE EDUCACION
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

EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
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 DISCAPASIDAD 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, ¿sus gastos de electricidad están incluidos en su alquiler? ☐ SI ☐ NO

Si RENTA, ¿recibe asistencia de alquiler? ☐ SI ☐ NO
Si RENTA, ¿su renta se basa en un porcentaje de sus ingresos? ☐ SI ☐ NO

7. INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO/COMPEJO

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

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 (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

	CALEFACCIÓN		ELECTRICIDAD	
¿Tiene un aviso de desconexción?	☐ 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.

Por favor, pase a la página 3, lea la declaración de certificación y, a continuación, firme y feche su solicitud.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Estoy solicitando asistencia a través del Programa de Asistencia para el Pago de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y/o el Programa de Asistencia para la Climatización de Viviendas (Weatherization Assistance Program). Al firmar esta solicitud o dar mi consentimiento verbal, autorizo a la agencia a utilizar la información que proporcione para determinar si mi hogar cumple con los requisitos para estos programas u otros programas o servicios que pueda solicitar.

También autorizo 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 que revisa mi solicitud a obtener de mi compañía de energía información sobre mi consumo de energía y mi historial de pagos. Autorizo al Estado de Iowa a compartir la información de mi solicitud con mi compañía de energía cuando sea necesario para proporcionar beneficios o servicios.

Al esta firmar solicitud o dar mi consentimiento verbal, certifico que:

La información y los documentos que proporcionalmente son verdaderos y completos según mi leal saber y entender.

Soy la única persona de mi hogar que ha solicitado o solicitará estos programas.

Entender que proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa —incluido el uso de la identidad de otra persona, la alteración de documentos o la omisión de información requerida— se considera fraude. Entender que el fraude puede resultar en la denegación de beneficios, la obligación de devolver los beneficios recibidos y posibles acciones legales conforme a las leyes estatales y federales.

Si corresponde, autorizo que se realicen trabajos de climatización en mi vivienda sin costo para mí. Entiendo que, si alquilo mi vivienda, es posible que la agencia deba obtener la aprobación de mi propietario antes de realizar los trabajos de climatización. También entiendo que firmar esta solicitud no garantiza que recibirá servicios de climatización.

He leído y entiendo esta Declaración de Certificación.

Firma: _____

Fecha: _____