



POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE

Adjunto se encuentra su solicitud de Asistencia para Servicios Públicos.

No es necesario programar una cita.

TENGA EN CUENTA:

Se **DEBEN** proporcionar ingresos para cada miembro del hogar con cada solicitud de Asistencia de Servicios Públicos. La falta de comprobante de ingresos resultará en un tiempo de procesamiento más largo o en la denegación de su solicitud. No se nos permite utilizar documentos de solicitudes anteriores.

Las facturas de servicios públicos **DEBEN** incluirse con su solicitud para reducir la posibilidad de demoras en el procesamiento de su solicitud.

Ya no tenemos un programa de pago de facturas de agua. No espere un pago del agua. Pregúntenos; Es posible que podamos inscribirlo en un programa de descuento del agua según su ubicación.

Para completar esta solicitud, usted debe:

Paso 1: Verificar que su hogar sea elegible según sus ingresos, utilizando la tabla de ingresos a continuación.

Paso 2: Llenar la solicitud por completo para cada miembro del hogar que vive en su casa. Esto incluye a cualquier persona que utilice su(s) servicios públicos. Por ejemplo, alguien que se aloje en un trailita en su propiedad y este enchufado a su red eléctrica.

Paso 3: **Firmar la solicitud** y los formularios adicionales si son necesarios (Nota: la misma persona firma todos los formularios).

Paso 4: Incluir copias de **todos** los ingresos de **todos** los miembros de la unidad familiar de los últimos 60 días; vea atrás los tipos de ingresos habituales y las pruebas necesarias para cada uno de ellos.

Paso 5: Incluir copias de identificaciones de todos los adultos (mayores de 18 años) del hogar y de las tarjetas de Seguro Social de todos los miembros del hogar.

Paso 6: Incluir una copia de las facturas de servicios públicos con la dirección y los números de cuenta actuales. (Nota: las facturas deben estar a nombre de un adulto que viva en la vivienda).

Paso 7: Devolver la solicitud firmada, los formularios adicionales si se necesita, comprobantes de ingresos, la(s) factura(s) de servicios públicos y el (los) documento(s) de identidad/tarjeta(s) de Seguro Social a la dirección al final de estas instrucciones. Envíe la solicitud y los documentos a la oficina específica de su Condado.

* **Tabla de ingresos:** Basándose en el número de personas incluidas en su hogar (es decir, cualquier persona que utilice servicios públicos, por ejemplo: compañeros de cuarto, familia, etc.), los ingresos brutos mensuales totales del hogar deben ser iguales o inferiores al límite de ingresos mensuales indicado a continuación. Nota: los ingresos brutos son antes de cualquier deducción, incluyendo, pero no limitado a; impuestos, pagos de manutención, seguros (incluyendo Medicare), y embargos.

Tamaño del hogar	Ingresos brutos mensuales	Tamaño del hogar	Ingresos brutos mensuales
1	\$ 2,785.58	7	\$ 7,231.75
2	\$ 3,642.67	8	\$ 7,392.42
3	\$ 4,499.75	9	\$ 7,553.17
4	\$ 5,356.83	10	\$ 7,713.83
5	\$ 6,213.92	11	\$ 7,874.50
6	\$ 7,071.00	12	\$ 8,035.25

Por cada miembro adicional del hogar añadir: \$160.75

TENGA EN CUENTA:

- La tramitación completa de su solicitud tomará entre **6 y 8 semanas**. Una vez procesada su solicitud, recibirá un recibo de pago por correo. Por favor, **NO DEMORE** la devolución de su solicitud completa ya que los fondos son limitados.
- Las solicitudes se tramitan por orden de recepción.
- No recibirá ningún pago para el agua; Nuestro programa de ayuda para el agua ha terminado.
- Si le preocupa su factura de servicios públicos, póngase en contacto con su proveedor de servicios para acordar el pago e informarle de que ha solicitado ayuda.

Tipos de ingresos habituales y comprobantes requeridos:

Seguro Social/Incapacidad del Seguro Social- Carta de verificación de beneficios de la oficina del Seguro Social para el año ACTUAL. No podemos acceder a esta información por usted. **NO SE PUEDEN ACEPTAR DECLARACIONES BANCARIAS NI DECLARACIONES DE IMPUESTOS PARA SSA O SSDI.**

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)- Carta de verificación de beneficios de la oficina del Seguro Social para el año ACTUAL, o un extracto bancario que muestre sus depósitos de SSI de los últimos 60 días.

Pensión/Incapacidad de VA- Carta de verificación de beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos para el año ACTUAL, o un extracto bancario que muestre sus depósitos del VA durante los últimos 60 días.

Pensión/Anualidad- Un estado de cuenta bancario que muestre los depósitos de pensiones o anualidades de los últimos 60 días, o un extracto de la compañía de pensiones/anualidades si tiene fecha de los últimos 60 días. También es aceptable una carta de beneficios vitalicios.

Salarios- (Se REQUIERE comprobante para cualquier persona mayor de 18 años y que no esté estudiando en la preparatoria) Recibos de pago de los últimos 60 días que muestren el nombre del empleado, el nombre del empleador, el salario BRUTO y la fecha de pago. Tenga en cuenta que el período de pago no es el mismo que la fecha de pago. (Debe proporcionar incluso si ya no está empleado).

TANF- Se necesita un estado de cuenta actual del DHS.

Desempleo- Impresión de UI del sitio web de UI de Oregon que muestra claramente su nombre. (“¿Dónde está mi cheque?”). La impresión del UI debe mostrar TODOS los UI recibidos en los últimos 60 días. También debe imprimir una página de “detalles de pago” por cada pago de UI recibido en los últimos 60 días.

Manutención de menores/Manutención del conyugue, trabajos ocasionales, ayuda familiar, recolección de latas, otros - Complete el FORMULARIO DHI.

Negocio propio- Complete el FORMULARIO SEWS.

Ingreso cero (solo mayores de 18 años y que no están en la preparatoria)- Completar FORMULARIO ZIS.

Envíe su solicitud por correo o entréguela en su oficina local de CSC.

Condado Linn

**250 Broadalbin St SW, STE 2A
Albany, OR 97321**

Condado Benton

**PO Box 1084
Corvallis, OR 97339**

Condado Lincoln

**120 NE Avery St (arriba)
Newport, OR 97365**

Si necesita ayuda o tiene preguntas, deje un mensaje con nuestra mesa de ayuda al 541-704-7632. Le devolveremos su llamada dentro de las 48 horas hábiles.

Nombre del solicitante(Apellidos, Nombres) :	Programa:	Oficina:
NOTA: LAS ZONAS GRISES SON SOLO PARA USO DE OFICINA.		

Número Total en el Hogar: Tipo de Hogar (Marque con un círculo): (Soltero) (2-Adultos, Sin hijos) (Madre soltera) (Padre soltero) (2 padres) (Multigeneracional) (Otro)

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR	Ref:	Nombre legal completo como aparece en su seguro social (Nombre, Segundo nombre,Apellidos):	Fecha de nacimiento:	# de Seguro Social:	SS# Vrfd Y/N	Adultos Vfd S/N	IDIOMA (Véase más abajo)	GÉNERO	H=HISPANO NH=NO-RAZA (Véase más abajo)	TRIBU DE OREGON	EDUCACIÓN (Véase más abajo)	DESABILITADO S/N	EN CASA S/N	VETERANO S/N	SNAP (cupones para alimentos) S/N	NCB/HI	
	A																
	B																
	C																
	D																
	E																
	F																
	G																
	H																
	Algún miembro de su hogar tiene el siguiente seguro mèdico? Por favor coloque la "Ref." junto a su nombre (arriba) detras del tipo de seguro(s) que recibe (ejemplo: Persona A alado Medicare, B MCAID)		Códigos de idioma:		Gènero:		Còdigos de Carreras:			Códigos de Educación: (SÒLO ADULTOS)							
<u>MEDICAID/OHP</u> <u>MEDICARE</u>		E: Inglès S: Español R: Ruso AR: Árabe AM: Lenguaje de señas americana O: Otros		F: Femenino M: Masculino FTM: Transgènero F a M MTF: Transgènero M a F O: Otros RF: No contesta		AA: Afroamericano AS: Asiático AI: Nativo Americano/Nativo de Alaska NH/PI: Nativo de Hawai/Islas del Pacifico WH: Blanco DK: No lo sé RF: No contesta			0-8: Grados 0 a 8 9-12: Grados 9-12/No-Grad HS: Graduado de prepa/GED 12+: Algunos estudios universitarios 2C: Titulación de 2 a 4 años CG: Graduado de otro nivel postsecundario RF: No contesta								
Esta afiliado al OHP? Esta inscrito en la IHN? S o N (marque con un círculo)		Teléfono:		Encierre en un círculo: Celular Casa Mensaje													
Comentarios del Hogar:																	

DIRECCIONES	Dirección física:																		
	Número y Calle:												Apt o Espacio#:						
	Ciudad:				Estado:				Código postal:				Condado:						
	Dirección postal (si es diferente de la dirección física):																		
Número y Calle:												PO Box:				Apt o Espacio#:			
Ciudad:				Estado:				Código postal:				Condado:							

TIPO DE VIVIENDA	Tipo de vivienda (Marque con un círculo):				Situación de residencia (marque con un círculo todo lo que aplique):				Fuente(s) de calor o energía (marque con un círculo todo lo que aplique):							
	CASA		PREFABRICADA/MOVIL		PROPIA		ALQUILER		ELÉCTRICO		GAS NATURAL		PELLET		MADERA	
	MULTIUNIDADES (DÚPLEX/TRIPLEX)		UNIDADES MÚLTIPLES (4+)		ALQUILER (Calefacción incluida en el alquiler)				SOLAR		ACEITE		SM TANQUE PROPANO		PROPANO ENTREGADO	
	TRAILER DE VIAJE		OTROS:		HUD/SEC 8		VIVIENDA PÚBLICA		OTROS (enumere):				Tipo de energía primaria:			

NOTA: LAS ZONAS GRISES SON SÓLO PARA USO DE OFICINA.

Ref:	Fuente de ingresos:	Tipo:	Frecue	Cantidad:	Annual:	Verificación:	Observaciones:

INGRESOS

****Si recibe PENSION, ¿se le descuenta de su pensión? SÍ o NO (marque con un círculo). Si la respuesta es "SÍ", el importe que se deduce de la pensión es: \$ _____ al mes.**

NOTA: LAS ZONAS GRISES SON SÓLO PARA USO DE OFICINA.

INFORMACIÓN DE SERVICIOS	Tiempo de círculo:	Estado de la cuenta:			Fecha de admisión:	Matrix Tipo de energía:
	Estándar	Actual			Ingresos anuales totales:	
	Crisis	Vencidos	Empresa de servicios:	Número de cuenta #:	Nombre en la cuenta	Cantidad autorizada:
	Combo	Cierre 1-5 días				Importe de la utilidad:
	OtROS	Desconexión 0-24 hora				Importe de la utilidad:
		Desconectado	Observaciones:			Importe del pago directo:
		Bulk Fuel				
	Bulk Fuel Out					

Descargo de responsabilidad y exención de responsabilidad del solicitante: (continúa en la página 3)

Fecha de vigencia: 10/01/2023

PARTE 1: AVISO AL SOLICITANTE, DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA Y RESPONSABILIDADES, RENUNCIA Y EXENCIÓN DEL SOLICITANTE

Yo, el/la Solicitante, entiendo que los programas gubernamentales de asistencia en energía y climatización son voluntarios y que mi solicitud está sujeta a un proceso de revisión para determinar la elegibilidad de mi hogar.

Entiendo que para que la solicitud de mi hogar sea considerada, debo presentar una solicitud completa que proporcione toda la información requerida.

Entiendo que es posible que se me pida información o documentación adicional para determinar si mi familia reúne los requisitos necesarios.

Entiendo que la solicitud de mi hogar y los materiales de información o documentación adicionales formarán parte de la solicitud de mi hogar ("Solicitud").

Entiendo que las determinaciones sobre la elegibilidad de la ayuda son realizadas por el departamento estatal de Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregon (OHCS) junto con las agencias subcontratadas ("Subconcesionarios").

En caso de que se niegue la solicitud de mi hogar, puedo tener derecho a una revisión de mi solicitud en virtud de las normas administrativas de Oregon aplicables.

Al inscribirme con éxito en los programas LIHEAP/OEAP, autorizo además a OHCS y al Estado de Oregon, incluidos los subcontratistas designados, y a los Subcesionarios de OHCS a divulgar mi Solicitud y la información continua sobre los beneficios del programa LIHEAP/OEAP en poder de OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarios de OHCS) al Proveedor de Servicios de Energía (según se define a continuación) con el fin de administrar, supervisar, investigar y evaluar la entrega y eficiencia del programa LIHEAP/OEAP.

Declaro que la información que proporcioné para completar mi solicitud es verdadera y correcta.

Acepto cumplir los requisitos del programa gubernamental de asistencia energética y de climatización para los hogares que reúnan los requisitos.

En caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de mi elegibilidad para estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus sub-concesionarios y/o contratistas.

Acepto que soy responsable de devolver los fondos no subvencionables o utilizados indebidamente.

Autorizo y eximo de responsabilidad a OHCS (incluidos sus subcontratistas y subdonatarios de OHCS) a divulgar mi solicitud y la información continua sobre los beneficios del programa LIHEAP/OEAP hasta un (1) año de programa después de mi participación en los programas LIHEAP/OEAP.

Nombre del solicitante (apellidos, nombre) :	Programa:	Oficina:
--	-----------	----------

PART 2: APPLICANT NOTICE, WAIVER & RELEASE RELATED TO ENERGY SERVICE PROVIDERS & APPLICANT’S ENERGY SERVICE ACCOUNT INFORMATION

Entiendo que el Estado de Oregon, incluyendo OHCS, sus subcontratistas designados, y Subconcesionarios, pueden solicitar información relacionada con mi(s) cuenta(s) de servicios de energía ("Cuenta") de mi(s) proveedor(es) de servicios de energía, incluyendo utilidad, proveedor de combustible, vendedor, u otra entidad similar que preste servicios similares ("Proveedor de Servicios de Energía"), una vez que mi hogar solicite asistencia de energía a través de uno de los programas de asistencia de energía, incluyendo pero no limitado al Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregon (OEAP).

Entiendo que la información relacionada con mi Cuenta puede ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados, y Subdonatarios para los fines de, incluyendo pero no limitado a, determinar la elegibilidad de asistencia de energía de mi hogar, y administrar, supervisar, investigar y evaluar los programas de asistencia de energía (todo lo cual según lo determinado por OHCS a su entera discreción).

Con mi firma,

Reconozco que soy el titular de la cuenta (o el agente autorizado del titular de la cuenta) de la(s) Cuenta(s) del Proveedor de Servicios Energéticos identificada(s) en esta Solicitud.

Por la presente autorizo y eximo de responsabilidad a mi(s) proveedor(es) de servicios de energía para que divulguen y proporcionen) toda la información relacionada con mi cuenta, incluidos, entre otros, el número de cuenta, el nombre de la cuenta, la dirección de servicio, las fechas de facturación y los montos cobrados, la información relacionada con acciones de cobranza, otros cargos e información misceláneos de la cuenta u otros datos similares de la cuenta según lo solicite OHCS o su subcontratista designado (en adelante, "Información de la cuenta") al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subdonatarios. Entiendo y acepto que, en caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de cualquiera de estos programas, acepto eximir de toda responsabilidad a OHCS, sus subconcesionarios y/o contratistas.

Por la presente autorizo y eximo de responsabilidad a mi(s) proveedor(es) de servicios de energía por dicha divulgación de la información de mi cuenta durante un máximo de dos (2) años del programa de asistencia energética (del 10/1 al 9/30) anteriores a mi solicitud y durante tres (3) años del programa (del 10/1 al 9/30) posteriores a la presentación de mi solicitud.

Por la presente autorizo y eximo de responsabilidad al Estado de Oregon, a la OHCS, a sus subcontratistas designados y a los Subconcesionarios en el uso (según lo autorice la OHCS a su entera discreción) de la Información de mi Cuenta divulgada.

PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma autorizo, apruebo y reconozco tanto la PARTE 1 como la PARTE 2 de esta SOLICITUD DE AYUDA PARA LA ENERGÍA Y LA CLIMATIZACIÓN DECLARACIONES Y APROBACIONES OBLIGATORIAS DEL SOLICITANTE

Firma del solicitante

Fecha

La ayuda está sujeta a la disponibilidad de fondos y las solicitudes se tramitan por orden de recepción. La documentación debe acompañar a la solicitud para poder tramitarla.

Certificación de la Agencia: El solicitante arriba mencionado ha cumplido con los requisitos de elegibilidad de ingresos para los programas de asistencia de energía de bajos ingresos del Estado de Oregon y está autorizado a recibir asistencia por el monto arriba indicado.					
Firma del trabajador de admisión:	Fecha	Firma del Organismo Autorizante:	Fecha		
Entrada de datos:	Fecha	LP	LP A/C	OEA	CEAP
		Otros:			
		Aprobado	_____	Denegado	_____

Complete solamente si un miembro de su hogar (18 años o mayor) no tiene ingresos

Declaración de ingresos cero - FORMULARIO ZIS

Este formulario es para los miembros del hogar, mayores de 18 años, que no están en la preparatoria.

Nombre(s) de la(s) persona(s) que tienen ingresos cero: Cuantos meses sin ingresos:

- a.) _____
- b.) _____
- c.) _____
- d.) _____

Certifico que no se recibió ningún ingreso de NINGUNA fuente, incluyendo:

- Ingresos resultantes de trabajos ocasionales, como trabajos de jardinería o cuidado infantil
- Ingresos resultantes de recoger botellas/latas, donar sangre/plasma, etc.
- Ingresos por alquiler
- TANF
- Manutención infantil, pensión alimenticia o regalos regulares de personas que no viven en mi hogar
- Trabajo por cuenta propia (Uber, Lyft, ventas en eBay, servicios de entrega de comidas y/u otras ventas o servicios)
- Desempleo
- 1.) ¿Solicitó desempleo? _____
- 2.) En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de su último cheque de pago? Si no, ¿por qué no?
- _____

APOYO AL HOGAR:

RENTA: ¿Cuánto es el alquiler o la hipoteca de su hogar cada mes? \$ _____

¿Sus ingresos son más bajos que su parte del alquiler o la hipoteca? _____

¿Qué fuente(s) de fondos se usaron para alquiler o hipoteca?:

- HUD / Sección 8 / vivienda de bajos ingresos Otros ingresos de miembros del hogar
- Ahorros Sin renta ni hipoteca
- Atrasos, sin pagar, enfrentando desalojo Trabajar a cambio
- Familia y/o amigos - En caso afirmativo, ¿se le pagó a usted o directamente al arrendador/compañía hipotecaria? _____
- Otro, por favor explique: _____

SERVICIOS: ¿Ha realizado un pago a su compañía de servicios públicos en los últimos 30 días? _____

¿Qué fuente de financiamiento se utilizó para realizar el pago de los servicios públicos?

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. El abajo firmante entiende además que proporcionar representaciones falsas en el presente documento constituye el acto de fraude. Proporcionar información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación de sus beneficios.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

FORMA DHI – Complete solo si un miembro de su hogar (18+) tiene ingresos ocasionales

Trabajos ocasionales Depósitos de latas/botellas Cuidado de niños Familia y amigos
 Manutención de niños Manutención conyugal (pensión alimenticia) Propinas en efectivo
 Donación de sangre/plasma Otro (explique a continuación)

Por favor enumere a continuación **JUNTO CON** el tiempo que recibió este ingreso:

Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingresos (ver lista arriba)	¿Recibida por cuánto tiempo?	Cantidad recibida en el mes anterior:

¿Cuánto cuesta el alquiler o la hipoteca de su hogar cada mes? \$ _____

¿Qué fuentes de fondos se utilizaron para pagar el alquiler o la hipoteca? (marque todo lo que corresponda a continuación)

- HUD/Sección 8/ vivienda de bajos ingresos Ingresos de otros miembros del hogar
 Ahorros No Renta o Hipoteca
 Atrasado, sin pagar, enfrentando el desalojo Trabajar a cambio
 Familia/Amigos - Si es así, ¿se le pagó a usted o al propietario / compañía hipotecaria? _____

FORMA SEWS – Complete si usted o alguien en el hogar tiene ingresos de trabajo por cuenta propia

Nombre de la persona que trabaja por cuenta propia, nombre y tipo de negocio: _____

¿El negocio se lleva a cabo desde su casa? Sí o NO (circule uno)

¿Su carro se utiliza tanto para uso comercial como personal? Sí o NO (circule uno)

Ingresos o ventas brutos (incluidas las propinas) del mes anterior \$ _____

Deducciones del negocio para el mes indicado anteriormente:

1. Combustible o kilometraje \$ _____ 3. Publicidad \$ _____
 (Explique) _____

2. Suministros & Limpieza \$ _____ 4. Otro \$ _____
 (Explique) _____

Deducciones totales (Sume las líneas 1 a 4)
 (Las pérdidas de años anteriores no son deducibles) \$ (_____)

INGRESOS NETOS (Reste las deducciones totales de los ingresos brutos): \$ _____

(Si llenó alguna parte de este formulario, firme a continuación) Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. Proporcionar información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación de sus beneficios.

 Firma del solicitante

 Fecha