MIAMI-DADE COUNTY

Community Action and Human Services Department
Programa de Asistencia de Energia para Familias de Bajos Ingresos

community Action PARTNERSHIP
Helping People, Changing Lives.

APLICACION DE LIHEAP

Para uso de la Oficina
[ ] Home Energy
[ ] Crisis Energy
[ ] Disaster Energy
[ ] Referred to Weatherrization
Date Stamp to the Right

Usted recordó traer COPIA de lo siguiente?
[ ] Copia de las Tarjetas del Social Security de todos
[ ] Prueba de ingreso de todos en la casa (mes pasado)
[ ] Copia de identificaciónpara todos los adultos miembros del hogar
[ ] Original y copia del mas reciente recibo de la luz

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Esta aplicación no es un compromiso de LIHEAP para pagar su cuenta. Si usted es elegible, el crédito será enviado directamente a la compañía.
Mientras tanto, usted es responsable de seguir pagando la cantidad que usted debe en la cuenta.

1. Complete la siguiente información: usted primero y después por cada persona que viva en su casa. Si mas de seis personas viven en su casa, use una hoja adicional, dando la misma información y adjúntela a esta solicitud.

Estado civil:_____ Lugar de nacimiento:_____ Raza: _____ Estatus legal:_____

Nombre y Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Raza	Relación con el Aplicante	Ultimos Estudios	Tipo de Ingreso	Ingreso Mensual
(Nombre del Aplicante)						Mismo			

2. Dirección y Condado donde usted vive:

_____ _____, FL _____ _____
Número de la Calle o nombre Apt. #, Lote o Ruta Ciudad Zona Postal Condado

3. Dirección donde usted recibe correspondencia (Si es diferente a la de arriba):

_____ _____, FL _____ _____
Número de la calle o nombre Apt. #, Lote o Ruta Ciudad Zona Postal Condado

4. Número de teléfono donde usted se puede localizar durante el dia : ( ) _____ ( ) _____

5. Si su ingreso mensual es menor de 50 % del nivel de pobreza, explique de qué forma usted paga por los alimentos, casa, ropa, transportación, gas y electricidad.

_____

_____

6. Complete la siguiente información acerca de la personas que viven en su casa:
Número de personas mayores de 65 años #_____
Número de personas inválidas o impedidas #_____
Número de niños de 5 años de edad o menores #_____

7. Si usted comparte la dirección donde vive o dirección donde recibe la correspondencia con otras personas que no son miembros de su familia, escriba sus nombre.

_____; _____; _____

8. Si usted o alguien en su hogar no es ciudadano Americano o Residente permanente, dé el nombre de la persona y su condición legal bajo el acta de Inmigración y Naturalización.

Nombre: _____ Estatus Legal: _____

9. Es usted o cualquier miembro en su hogar miembro de la Tribu India Poarch Creek? Si _____ No _____

10. Marque los programas en los cuales alguien en su hogar ha sido elegible o esté recibiendo asistencia:

_____CSBG _____Weatherization _____TANF/WAGES _____Estampillas de Sellos _____EHEAP

11. Si usted o algun miembro en su hogar ha recibido alguna asistencia para energía en los ultimos 13 meses, complete la siguiente información

Nombre de la Agencia	Tipo de Asistencia (EHEAP, LIHEAP, Energia Regular o Crisis)	Fecha

12. Marque de manera apropiada la situación en que usted se encuentra:

[ ] Mi electricidad está desconectada.
[ ] Mi última cuenta es Noticia Final.
[ ] Tengo Noticia de desconección.
[ ] Ninguna anterior aplica a mi hogar.
[ ] Yo soy CAHSD empleado (a).
[ ] Yo no soy CAHSD empleado (a).
[ ] Tengo un poco de gas o aceite para calentar mi hogar
[ ] Tengo noticia de desconección de la compañía de gas.
[ ] Mi última cuenta de Gas es Noticia Final.
[ ] Describa otra situación de Crisis.

_____

_____

13. Si su costo de Energia esta incluido en la Renta, de el nombre y numero de telefono del dueño de la casa. Adjunte una carta firmada por el dueño confirmando que su renta incluye el pago de electricidad o gas.

Nombre del dueño: _____ Numero de telefono del dueño ( ) _____

14. Si usted vive en un apartamento o casa subsidiado por el Gobierno, Seccion 8, Dormitorio, Asilo, agregado en una casa o cualquier clase de institución para adultos, complete lo siguiente:

Nombre del lugar donde vive: _____

Número de la calle o nombre, Apto. , # lote or Ruta	Ciudad	,FL Zona Postal	Condado

15. Señale el nombre del combustible que usted mas usa para **calentar** su casa. Escriba el nombre de una sola compañía.

Combustible	Nombre de la Compañia	Nombre de la persona en la cuenta	Número de cuenta	Número de telefono de la compañía
Electricidad				

Gas Natural				
Propano				
Luz Brillante				
Madera O Carbon				

16. De la siguiente informacion acerca de los recursos que usted tiene para **enfriar** su casa.

Recursos	Nombre de la Compañía	Nombre de la persona en la cuenta	Número de cuenta	Número de telefono de la compañía
Aire Acondicionado				
Ventiladores				

17. Si no tiene informacion en las preguntas 15 y 16 por favor señale la siguiente informacion acerca de su compañia de Electricidad.

Recursos de Energia	Nombre de la Compañía	Nombre en la Cuenta	Número de la Cuenta	Telefono de la Compañía

18. Adjunte una copia de la ultima cuenta de todas las compañias que aparecen en las preguntas 15, 16, y 17.

La informacion que he dado es verdadera, completa y lo mejor de mi conocimiento. Comprendo que se dara prioridad en la asistencia a aquellos hogares que tengan mas necesidad y los ingresos mas bajos, por ejemplo, aquellos hogares en los cuales residen personas que necesitan ayuda medica, ancianos, incapacitados o niños. Autorizo a la Agencia para obtener y revisar informacion confidencial y hacer los pagos de beneficio directamente a la compañia de combustible o Electricidad. Yo estoy consiente que despues de proveer toda la informacion necesaria, si estoy solicitando asistencia de Crisis, la Agencia tiene 48 horas; 18 horas si mi situacion es de peligro de vida, para aprobar o denegar mi aplicacion, y si mi solicitud es para asistencia de Energia, la Agencia tiene 15 dias laborables para aprobar o denegar mi aplicacion, y enviar el pago a la compañia de combustible en menos de 45 dias. Comprendo tambien que si esta solicitud no es aprobada o denegada en el tiempo especificado, o no es aprobada por la cantidad correcta, tengo derecho a pedir una audiencia.

Yo he recibido copia del Aviso de Prácticas Respecto de la Privacidad de Miami Dade County.

Returne la Aplicacion a la agencia descrita a continuacion:

_____ _____

Firma del Solicitante Fecha

_____ _____

Trabajador Social (CAA) Fecha

He determinado la elegibilidad del solicitante. Yo no soy el solicitante, ni soy un amigo o pariente del solicitante.

_____ _____

Firma de Supervisor Fecha