



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CLIMATIZACIÓN (WAP)

Nombre de la persona que hace la solicitud: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Núm. de teléfono alternativo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Raza: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL NÚCLEO FAMILIAR

Número total de miembros en el núcleo familiar (lista siguiente): _____

Nombre: (Nombre y apellido)	Relación	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Núm. de seguro social	Ingreso mensual

HÁBLENOS SOBRE SU HOGAR:

- ¿Alguien en su hogar recibe beneficios por discapacidad o tiene un certificado emitido por un médico en el que consta como persona con discapacidad?
De ser así, por favor envíe un documento justificativo de la discapacidad (por ejemplo: carta del médico, copia de la carta de beneficios por discapacidad).
- ¿Usted renta o es propietario/a de su vivienda? (marque una opción):
- Tipo de vivienda: Casa Condominio/Apartamento Townhouse Duplex Casa móvil
- ¿Usted usa: electricidad gas natural propano líquido?
- ¿Su vivienda tiene: goteras en el techo moho/hongos orificios en las paredes más grandes de 2x2 daño estructural (por ejemplo: las paredes están separadas del piso)? Marque todas las opciones que correspondan (**De ser así**, puede que su vivienda no reúna las condiciones para participar en este programa)
- ¿Su vivienda tiene ventanas de celosía? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas?
- ¿Hay alguna ventana rota? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas? _____
- ¿Alguna ventana está cubierta con madera contra chapada (*plywood*)? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas?
- ¿El inspector tendrá acceso a todas las habitaciones de la vivienda? Sí No
- ¿En estos momentos está haciendo alguna reparación o proyecto de remodelación en su vivienda? Sí No
- ¿Sabe si hay algún permiso abierto a nombre de su propiedad? Sí No

12. ¿Alguna vez ha recibido asistencia con el pago de la factura de electricidad mediante el programa LIHEAP?

Sí No

Firma de la persona que hace la solicitud: _____

_____ **Fecha:**

