



APLICACION DE LIHEAP

Para uso de la Oficina

- Home Energy
- Crisis Energy
- Disaster Energy
- Referred to Weatherization
- 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 identificación para 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.

- 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 Apicante	Ultimos Estudios	Tipo de Ingreso	Ingreso Mensual
(Nombre del Apicante)						Mismo			

2. Dirección y Condado donde usted vive:

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

3. Cuanto tiempo vive en esta Direccion: _____ Dueño: _____ Renta: _____

4. 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

5. Número de teléfono donde usted se puede localizar durante el día : () _____ Correo Electronico _____

6. 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.

7. 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 # _____

8. 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.

_____ ; _____ ; _____

9. 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: _____

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

APLICACION DE LIHEAP

11. 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

12. 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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mi electricidad está desconectada. | <input type="checkbox"/> Tengo un poco de gas o aceite para calentar mi hogar |
| <input type="checkbox"/> Mi última cuenta es Noticia Final. | <input type="checkbox"/> Tengo noticia de desconexión de la compañía de gas. |
| <input type="checkbox"/> Tengo Noticia de desconexión. | <input type="checkbox"/> Mi última cuenta de Gas es Noticia Final. |
| <input type="checkbox"/> Ninguna anterior aplica a mi hogar. | <input type="checkbox"/> Describa otra situación de Crisis. |
| <input type="checkbox"/> Yo soy CAHSD empleado (a). | |
| <input type="checkbox"/> Yo no soy CAHSD empleado (a). | |

14. 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 () _____

15. 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	Zona Postal	Condado

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

Combustible	Nombre de la Compañía	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				

17. 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				

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

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

19. Adjunte una copia de la ultima cuenta de todas las compañías 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 compañía 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 compañía 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.

Retorne la Aplicacion a la agencia descrita a continuacion:

Firma del Solicitante

Fecha

Trabajador Social (CAA)

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

Fecha

Firma de Supervisor

Fecha