

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS - CAO 2021-2022

IMPRIMA Y LLENE EN SU TOTALIDAD. POR FAVOR PERMITA 5 SEMANAS PARA QUE PROCESAMOS SU SOLICITUD

Nombre y apellido <i>Apunte a todas las personas en el hogar</i>	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social <i>No es necesario, pero puede reducir su asistencia.</i>	Agregue los ingresos recibidos durante los últimos 30 días o los del último mes de todas las personas mayores de 18 años. <i>(Ejemplo: TANF, Seguro Social, salarios) utilice los formularios adjuntos para los ingresos en efectivo.</i>	
			<i>Fuente de ingresos</i>	<i>Monto mensual bruto (antes de impuestos)</i>
SELF:				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

A: Tipo de hogar: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Matrimonio sin hijos <input type="checkbox"/> Familia extendida <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> 2 padres <input type="checkbox"/> Cohabitantes <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Madre soltera	B: Tipo de vivienda: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Unidad Multi (2-4) <input type="checkbox"/> Unidad Multi (4+) <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Casa manufacturada <input type="checkbox"/> Hotel/motel <input type="checkbox"/> remolque de viaje	C: Situación de residencia: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Alquiler(calefacción no incluida) <input type="checkbox"/> Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Vivienda subvencionada con subsidio para servicios públicos <input type="checkbox"/> Vivienda subvencionada (calefacción incluida) <input type="checkbox"/> Alquiler (Calefacción incluida) included)	D. Tipo principal de calefacción: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Gas propano/Líquido <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Combustible granulado (pellet)
---	--	---	--

Dirección: _____ Número de apartamento _____ Ciudad _____ Zip _____

Mailing address (If Different) _____ City _____ Zip _____

Phone Number _____ Cell Home Email Address _____

Phone Number _____ Cell _____ Home _____

Las siguientes preguntas son solo para fines estadísticos y son opcionales.

Esta página es necesaria para ser devuelta.

Nombre (Solo el primer nombre) Apunte a todas las personas en el hogar	Grupo étnico H- Hispano o latino NH- Ni hispano ni latino	Raza AA- Afroamericano AS- Asiática AI- Indio/a Americano/a o Nativo de Alaska NH/PI- Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico WH- Blanca DK/RF- No lo sé	Sexo o género	Idioma preferido	¿Veterano? (Sí o No)	¿Discapacitado? (Sí o No)	Nivel más alto de educación completado	¿SNAP? (Sí o No)	¿Seguro médico? (Medicare, OHP, otro)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

¿Ha sido afectado alguien en su hogar por el COVID-19? Sí No

Cómo Pérdida de ingresos Reducción de ingresos Gastos relacionados al COVID-19 Otro (explique) _____

¿Ha sufrido su familia algún problema económico recientemente? Explique: _____

Por favor, apunte las compañías de servicios públicos y números de cuenta, e INCLUYA UNA COPIA DE LA FACTURA MÁS RECIENTE

Electricidad - Compañía de servicios públicos: _____ Número de cuenta: _____

Calefacción - Compañía de servicios públicos: _____ Número de cuenta: _____

Otra - compañía de servicios públicos: _____ Número de cuenta: _____

Si ya compró su madera (combustible granulado), aceite o propano y está solicitando un reembolso, por favor, incluya el recibo.

Recibo incluido para _____ (tipo de combustible)

*****POR FAVOR, LEA, FIRME Y FECHÉ EL AVISO LEGAL DEL SOLICITANTE EN LA SIGUIENTE PÁGINA DE ESTA SOLICITUD*****

PARTE 1: NOTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE, DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA, Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE, EXENCIÓN Y RENUNCIA

- Yo, el solicitante, entiendo que los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno son voluntarios y mi aplicación será sujeta a un proceso comprobatorio para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Para que mi solicitud sea considerada, yo entiendo que necesito entregar una solicitud completa que provea toda la información requerida.
- Yo entiendo que podría ser necesario entregar información o documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Yo entiendo que la solicitud de mi hogar e información o documentación adicional serán parte de la solicitud de mi hogar (“Solicitud”).
- Yo entiendo que las decisiones de elegibilidad de asistencia son hechas por la agencia de Vivienda y Servicios Comunitarios del Estado de Oregon (OHCS) en conjunto con agencias sub-beneficiarias contratadas (“Sub-beneficiarios”).
- En caso que la solicitud de mi hogar sea negada, tendré el derecho a una revisión de mi solicitud bajo las Reglas Administrativas de Oregon vigentes.

Con mi firma,

- Yo autorizo que la solicitud de mi hogar sea compartida por y entre OHCS y el Estado de Oregon, incluyendo subcontratistas designados, y sub-beneficiarios con el propósito de determinar elegibilidad, y administrar, monitorear, investigar y evaluar (todos los cuales serán determinados por OHCS, según su criterio) los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno.
- Yo declaro que la información provista en mi solicitud es verdadera y correcta.
- Yo estoy de acuerdo en cumplir con los requisitos de los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno para hogares elegibles.
- Yo estoy de acuerdo que soy responsable por regresar fondos inelegibles o fondos usados inapropiadamente.

PARTE 2: NOTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE, EXCENCIÓN Y RENUNCIA RELACIONADA A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGÍA E INFORMACION DE CUENTA DE SERVICIO DE ENERGÍA DEL SOLICITANTE

- Yo entiendo que el Estado de Oregon, incluyendo OHCS, sus subcontratistas designados, y sub-beneficiarios, pudieran solicitar información relacionada a mis cuentas(s) (“Cuenta”) de servicios de energía de mis proveedores(es) de servicios de energía, incluyendo utilidad, abastecedor de combustible, vendedor, u otra entidad similar proveyendo servicios similares (“Proveedor de Servicios de Energía”), cuando mi hogar solicite asistencia de energía por medio de uno de los programas de asistencia de energía, incluyendo pero no limitado al Programa de Asistencia de Energía al Hogar de Bajos Recursos (LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregon (OEAP).
- Yo entiendo que la información relacionada a mi cuenta pudiera ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados, y sub-beneficiarios con el propósito de, incluyendo, pero no limitado a, determinar la elegibilidad de mi hogar para asistencia de energía, y administrar,

monitorear, investigar y evaluar los programas de Asistencia de Energía/Climatización (todos los cuales serán determinados por OHCS, según su criterio).

Con mi firma,

- Yo reconozco que soy el titular de cuenta (o el agente autorizado del titular de cuenta) para la cuenta(s) del proveedor de servicios de energía identificadas en esta solicitud.
- Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa a mis proveedores de servicios de energía a divulgar y proveer cualquiera y toda información relacionada a mi cuenta, incluyendo pero no limitado a número de cuenta, nombre de cuenta, domicilio de servicio, fechas de factura y montos cobrados, información relacionada a acciones de cobranza, e otros cobros de cuenta misceláneos e información, u otros datos de cuenta similares los cuales pudieran ser solicitados por OHCS o su subcontratista designados (de aquí en adelante “Información de Cuenta”), al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y sub-beneficiarios.
- Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa a mis proveedores de servicios de energía por tal divulgación de mi Información de Cuenta por un periodo de hasta dos (2) años de programa de asistencia de energía (10/1 a 9/30) antes de mi solicitud y por tres (3) años de programa (10/1 a 9/30) después que mi solicitud haya sido entregada.
- Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y sub-beneficiarios en el uso (autorizado por OHCS según su criterio) de mi información de cuenta divulgada.

PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE

- Con mi firma, yo por el presente doy la autorización, aprobación y reconocimiento requeridas a ambas partes, Parte 1 y Parte 2 de esta SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ENERGÍA/CLIMATIZACIÓN DIVULGACIÓN Y APROBACIÓN REQUERIDA DEL SOLICITANTE



Firma del solicitante

Fecha

Nombre y correo electrónico de trabajador(a) social: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA): Pago aprobado y realizado al siguiente proveedor o proveedores: _____

Número de autorización:

Servicio público principal: _____ Cantidad: _____

Servicio público secundario: _____ Cantidad: _____

Otro servicio _____ Cantidad: _____

Intake/ Data Entry: _____ Fecha: _____

Autorizado por: _____ Fecha: _____

*****POR FAVOR, LEA, FIRME Y FECHÉ EL AVISO LEGAL DEL SOLICITANTE EN LA SIGUIENTE PÁGINA DE ESTA SOLICITUD*****

PARTE 1: NOTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE, DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA, Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE, EXENCIÓN Y RENUNCIA

- Yo, el solicitante, entiendo que los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno son voluntarios y mi aplicación será sujeta a un proceso comprobatorio para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Para que mi solicitud sea considerada, yo entiendo que necesito entregar una solicitud completa que provea toda la información requerida.
- Yo entiendo que podría ser necesario entregar información o documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Yo entiendo que la solicitud de mi hogar e información o documentación adicional serán parte de la solicitud de mi hogar ("Solicitud").
- Yo entiendo que las decisiones de elegibilidad de asistencia son hechas por la agencia de Vivienda y Servicios Comunitarios del Estado de Oregon (OHCS) en conjunto con agencias sub-beneficiarias contratadas ("Sub-beneficiarios").
- En caso que la solicitud de mi hogar sea negada, tendré el derecho a una revisión de mi solicitud bajo las Reglas Administrativas de Oregon vigentes.

Con mi firma,

- Yo autorizo que la solicitud de mi hogar sea compartida por y entre OHCS y el Estado de Oregon, incluyendo subcontratistas designados, y sub-beneficiarios con el propósito de determinar elegibilidad, y administrar, monitorear, investigar y evaluar (todos los cuales serán determinados por OHCS, según su criterio) los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno.
- Yo declaro que la información provista en mi solicitud es verdadera y correcta.
- Yo estoy de acuerdo en cumplir con los requisitos de los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno para hogares elegibles.
- Yo estoy de acuerdo que soy responsable por regresar fondos inelegibles o fondos usados inapropiadamente.

PARTE 2: NOTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE, EXENCIÓN Y RENUNCIA RELACIONADA A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGÍA E INFORMACIÓN DE CUENTA DE SERVICIO DE ENERGÍA DEL SOLICITANTE

- Yo entiendo que el Estado de Oregon, incluyendo OHCS, sus subcontratistas designados, y sub-beneficiarios, pudieran solicitar información relacionada a mis cuentas(s) ("Cuenta") de servicios de energía de mis proveedores(es) de servicios de energía, incluyendo utilidad, abastecedor de combustible, vendedor, u otra entidad similar proveyendo servicios similares ("Proveedor de Servicios de Energía"), cuando mi hogar solicite asistencia de energía por medio de uno de los programas de asistencia de energía, incluyendo pero no limitado al Programa de Asistencia de Energía al Hogar de Bajos Recursos (LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregon (OEAP).
- Yo entiendo que la información relacionada a mi cuenta pudiera ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados, y sub-beneficiarios con el propósito de, incluyendo, pero no limitado a, determinar la elegibilidad de mi hogar para asistencia de energía, y administrar,

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA:

Con mi firma, yo, el Solicitante, estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones en lo que respecta al programa de Asistencia de Agua y Aguas Residuales (LIHWA):

- En certificado que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta y se usa para determinar mi elegibilidad para asistencia de agua y aguas residuales.
- Yo entiendo que la información provista, si tergiversada o incompleta, puede resultar en una terminación inmediata y/o puede resultar en sanciones según lo especificado en el lay, incluyendo, pero no limitado a, los Actos de Reclamos de federal o Oregón.
- Como titular de la cuenta de servicios de agua y/o aguas residuales, yo estoy de acuerdo con la liberación de información adicional al proveedor de servicios de agua y/o aguas residuales o sus representantes a verificar los servicios prestados y los costos asociados con esos servicios y para procesar pagos.
- Si pago mi propietario u otro representante autorizado para servicios de agua y/o aguas residuales, yo previsto la forma de Autorizado de los Propietarios con firma para la liberación de información.
- En adicional, yo estoy de acuerdo que los datos e información en esta solicitud y este del proveedor de servicios de agua y/o aguas residuales (no incluyendo mi información personal o identificativa) puede ser utilizado para reportar o evaluar del programa por el proveedor de servicios de agua y/o aguas residuales, sus socios y representantes autorizados, y el Estado de Oregón, incluyendo pero no limitado a la agencia de Vivienda y Servicios Comunitarios del Estado de Oregón (OHCS) y sus socios y representantes autorizados.



Firma del solicitante

Fecha

Nombre y correo electrónico de trabajador(a) social: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA): Pago aprobado y realizado al siguiente proveedor o proveedores:

Número de autorización:

Servicio público principal: _____ Cantidad: _____

Servicio público secundario: _____ Cantidad: _____

Otro servicio _____ Cantidad: _____

Intake/ Data Entry: _____ Fecha: _____ Autorizado por: _____ Fecha: _____

CERO INGRESOS/ DECLARACIÓN DE INGRESO DEL HOGAR Programa de Asistencia de Servicios Públicos 2021-2022

Nombre de la solicitante principal: _____

Complete una hoja (todas las líneas) para cada persona mayor de 18 años que no tenga ingresos o que reciba ingresos sin comprobantes. Explique cómo cubrió sus gastos básicos mientras no tenía ingresos o ingresos sin comprobantes. Si pidió dinero prestado o hizo un plan de arrendamiento con el propietario o la compañía de servicios públicos, describa. Si no ha podido pagar, describa.

Nombre de la persona sin ingresos o ingresos sin comprobante _____

¿Recibió esta persona ingresos en los últimos 30 días? Sí o No

En caso afirmativo, ¿La fecha en que recibió ingresos? Mes / día / año: _____

Si es así, ¿La cantidad que recibieron? _____

Si es así, ¿Cuál fue la fuente? _____

Empleo - Trabajos por su cuenta - Latas de refrescos - Desempleo - Manutención de menores –

Comentarios adicionales? _____

Otros ingresos en efectivo: Fecha (mes/día/año:) _____

¿Cuanto Recibió? _____

¿Donde recibio estos ingresos? _____

Si contesto no arriba:

¿Como compro su comida?: _____

¿Como Pago su renta? _____

¿Como pagó sus facturas o servicios públicos?: _____

He leído la lista de ejemplos de ingresos y certifico que la información indicada anterior mente es verdadera y recisa para el lo mejor de mi conocimiento. Al firmar este formulario, estoy bajo pena de enjuiciamiento penal si se obtiene información falsa. En asistencia para la que no soy elegible.



Firma

Fecha



Empleo por Cuenta Propia Programa de Asistencia de Servicios Públicos 2021-2022

Nombre del Aplicante: _____

Nombre de la persona que trabaja por cuenta propia: _____

Nombre del negocio _____

Número de teléfono _____

Periodo(s) Cubierto(s) _____ a _____

Utilice únicamente las fechas del ingreso de los últimos 30 días o las fechas del ingreso del mes anterior.

Si no tiene ingresos en los últimos 30 días, use el de cero ingresos formulario.

Ingresos brutos o ventas.....\$ _____

Gastos relacionados con el negocio (cuenta propia) por el período declarado en: combustible, suministros\$ _____

Ingresos netos.....\$ _____

Yo certifico que esta información es correcta y entiendo que si miento puedo ser perjudicado si la información que di resulta falsa y me dan asistencia por la cual no soy elegible.



Firma

Fecha

Adjunto encontrará la solicitud de asistencia con los servicios públicos y algunos documentos de respaldo. Por favor use la lista de verificación para completar su solicitud y proveer todos los documentos necesarios:

- **Complete todas las páginas** de la solicitud y la información para todos los miembros del hogar.
- **Firmar y fechar** la solicitud AMBOS descargos de responsabilidad
- **Adjunte copias de la identificación de todos los adultos mayores de 18 años.**
- **Adjunte las facturas de electricidad y gas natural**, si aplica para combustible adjunte los recibos más recientes de lo que compro (Aceite, leña o gas propano).
- **Por cada adulto, incluya los ingresos de los últimos 30 días.**

Ejemplo: Carta donde dice lo que recibe mensual del seguro social, Cartas donde dice lo que recibe mensual del seguro social para menores, talones de cheques, verificación de desempleo, verificación de TANF, etc.

- **¿Desempleo?** Entre como si va hacer su reporte semanal despues vaya a "dónde está mi cheque" en seguida escriba el nombre completo y el número de seguro social para tener un reporte de lo que recibio mensual complete.
- **SI NO HAY ingresos en los últimos 30 días o SE PAGÓ EN EFECTIVO:** complete la "Declaración de zero ingreso," el formulario esta adjunto con la aplicacion.
- **Ejemplos de pago en efectivo:** manutención de niños, venta de latas de refrescos, trabajos por cuenta propia, venta de artículos, etc.
- **¿Tiene su propio negocio?** Utilice la hoja de autoempleo.

Los límites de ingresos actuales para el programa de asistencia con servicios públicos son:

60% del promedio del estado de Oregon por tamaño del hogar

Efectivo desde 10/1/2021 hasta 9/30/2022

Tamaño del hogar	Ingresos anuales en bruto*	Ingresos mensuales en bruto*
1	\$29,344	\$2,455.33
2	\$38,373	\$3,197.75
3	\$47,402	\$3,950.17
4	\$56,430	\$4,702.50
5	\$65,459	\$5,454.92
6	\$74,488	\$6,207.33
7	\$76,181	\$6,348.42
8	\$77,874	\$6,489.50
9	\$79,567	\$6,630.58
10	\$81,260	\$6,771.67
11	\$82,953	\$6,912.75
12	\$84,645	\$7,053.75
Cada miembro adicional	\$1,604	\$133.65

*Ingresos en bruto significa todos los ingresos del hogar antes de cualquier deducción

Por favor regrese la solicitud usando uno de los siguientes metodos:

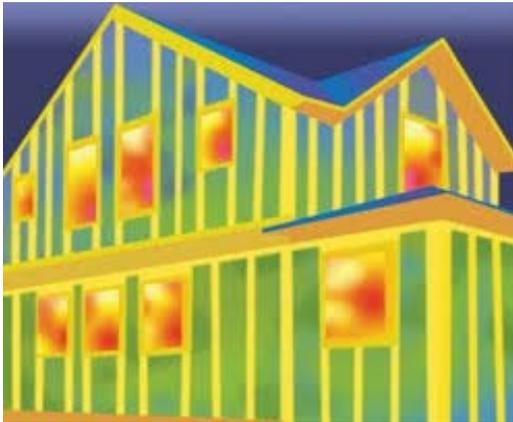
1.- correo electronico a: energy@caowash.org

2.- Envie la solicitud por medio del correo:

**Community Action Utility Assistance Program
1001 SW Baseline St
Hillsboro Or, 97123**

3.- Puede usted traer la solicitud en persona a nuestras oficinas de Hillsboro, Tigard o Beaverton y dejarla en nuestro buzón.

La solicitud tomara de 5 semanas para ser procesada. Usted recibira un resibo de la asistencia por medio del correo electronico o por correo. Nosotros informaremos a su compañía de servicios publicos de la asistencia la cual usted fue eligible. Agradecemos su paciencia.



¡MEJORAS DE ENERGÍA GRATIS!

Si califica bajo sus ingresos y vive en el condado de Washington, puede recibir mejoras de energía **GRATIS** tales como insulación, sistemas de calefacción, ventilación y más.

¡SOLICITE HOY!
Llame al 503.906.6550 o email
weatherization@caowash.org

GUÍA DE INGRESOS: JULIO 2021 - JUNIO 2022

Tamaño De Familia	Ingreso Anual En Bruto	Ingreso Mensual En Bruto
1	\$25,760	\$2,146.66
2	\$34,840	\$2,903.33
3	\$43,920	\$3,660.00
4	\$53,000	\$4,416.66
5	\$62,080	\$5,173.33
6	\$71,160	\$5,930.00
<i>Cada Miembro Adicional:</i>	\$9,080	\$756.66

