

PAQUETE DE SOLICITUD PARA LA LISTA DE ESPERA DE CLIMATIZACIÓN

Gracias por su interés en participar en el Programa de Conservación de Energía de Community Action. Por favor llene y devuelva esta solicitud con documentación de ingresos para todas las personas que viven en su hogar que tienen 18 años o más de edad. Al hacer esto, usted acelerará el proceso de solicitud. Esta solicitud es para agregarse a la lista de espera y no garantiza servicios de climatización.

Al recibir su solicitud, Conservación de Energía le notificara si más información es necesaria. Una vez que su nombre ha sido agregado en la lista de espera también será notificado.

Guía de Ingresos 2021-2022

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
7	\$80,240	\$6,686.66
8	\$89,320	\$7,443.33
Cada Miembro Adicional	\$9,080	\$756.66

*Ingreso en bruto significa cualquier ingreso del hogar antes de deducciones

Documentación de Ingresos

Se requiere que **cada** miembro del hogar que tienen **18 años o más de edad** someta documentación de ingresos de los últimos 30 días. La documentación de ingresos debe mostrar **cantidades en bruto**. Si no somete documentación de ingresos, su solicitud será retrasada. Vea a continuación ejemplos de la documentación que usted puede someter para cada fuente de ingresos. Si no ha recibido ingresos durante este tiempo, marque la caja aplicable en la sección de *Declaración de Ingresos del Hogar*

Manutención de los Hijos / cónyuge:	estado de cuenta bancaria, documentos de la corte, copias de cheques, carta del beneficiario
Empleo:	talones de cheque, carta del empleador
Ingreso de renta:	copias de recibo, carta del inquilino, acuerdo de inquilino
Empleo por cuenta propia:	forma 1099 del año previo
SS / SSI/ Pensión:	carta de aprobación del año actual
TANF (asistencia en efectivo):	estado de cuenta bancaria, carta de aprobación del Department of Human Services (DHS)
Desempleo:	carta de aprobación del Employment Department
Compensación de trabajadores:	talones de cheque, carta de la compañía de compensación de trabajadores

Como Someter Su Solicitud

Email

weatherization@caowash.org

Fax

503.992.6175

En Persona

Community Action Hillsboro Multi-Service Center
1001 SW Baseline St., Hillsboro, OR 97123

Community Action Beaverton Multi-Service Center
5050 SW Griffith Dr., Suite 100 Beaverton, OR 97005

Correo

Community Action Energy Conservation
1001 SW Baseline St., Hillsboro, OR 97123

Lista Para La Solicitud

- ☐ **Solicitud Para La Lista De Espera de Climatización**
He enlistado a todas las personas que están viviendo en el hogar en este momento junto con su información demográfica, fuentes de ingresos y cantidades. También he firmado la forma.
- ☐ **Instalación de Insulación de Pared y Ventanas**
He leído el resumen de los métodos de instalación de insulación e información del tratamiento de ventanas. Si no estoy de acuerdo a que se hagan estas instalaciones si es que califico, lo he anotado como arreglo especial en la Forma de Autorización de Climatización.
- ☐ **Forma de Autorización de Climatización**
He leído y estoy de acuerdo en participar en el programa y he firmado la forma. Si hay un arreglo especial, lo he anotado.
- ☐ **Encuesta Del Hogar**
He completado el cuestionario.
- ☐ **Forma Para Obtener Información de Utilidades**
He proveído números de cuenta(s) para las compañías anotadas en la forma.
- ☐ **Documentación de Ingresos**
He sometido documentación de ingresos para todas las personas que viven en mi hogar que tienen 18 años o más de edad en este momento. Si no han recibido ingresos durante los últimos 30 días, he marcado la caja aplicable en la sección de *Declaración de Ingresos del Hogar*.

Community Action Resource Eligibility Assessment (CARE)

Además de la asistencia para la climatización, su hogar también podría ser elegible para servicios ofrecidos por otros programas de Community Action.

¿Alguna de las siguientes situaciones se relaciona a usted?

¿Requiere interpretación?	☐ Si	☐ No
Si su respuesta fue si ¿En que lenguaje?		
¿Tiene un desalojo o un aviso de 72 horas?	☐ Si	☐ No
¿Los costos de calefacción y enfriamiento ponen una tensión en su presupuesto?	☐ Si	☐ No
¿Usted o alguien en su hogar está embarazada?	☐ Si	☐ No
¿Es usted actualmente un proveedor de cuidado infantil?	☐ Si	☐ No
Si su respuesta fue si ¿Está interesado/a en desarrollo profesional?	☐ Si	☐ No
¿Si actualmente no es un proveedor de cuidado infantil, está interesado/a en convertirse en un proveedor de cuidado infantil?	☐ Si	☐ No
¿Le interesaría la capacitación laboral o el apoyo para empleo en el campo de salud?	☐ Si	☐ No
¿Tiene niños de 5 años o menores?	☐ Si	☐ No
Si su respuesta fue si ¿Su niño/a asiste a Head Start?	☐ Si	☐ No
¿Cuál es el mejor momento para ponernos en contacto con usted?		

Al firmar esta forma, permito que un trabajador de Community Action me contacte para más información.

Firma

Fecha

Visión General

Community Action, con la ayuda de fondos federales, estatales, y utilidades, puede climatizar los hogares de familias de bajos ingresos calificadas del Condado de Washington. En la mayoría de los casos, los servicios son proporcionados sin costo alguno a inquilinos y propietarios. Mejorar la eficiencia, seguridad, comodidad y durabilidad de los hogares de la gente son los objetivos primordiales de climatización. Esto se logra proporcionando varias visitas a domicilio con el fin de evaluar y determinar qué mejoras de costo-efectivo de climatización podrían hacerse. Para propiedades de alquiler, se requiere autorización de propietario para recibir servicios.

Las solicitudes son evaluadas y procesadas. Una vez que la solicitud ha sido aprobada, los clientes se colocan en una lista de espera. Cuando fondos estén disponibles, serán contactados por uno de nuestros Educadores de Energía o un Auditor de Energía para fijar una visita a domicilio. Durante estas visitas, se proporciona información sobre el ahorro de energía y la salud y la seguridad. En la mayoría de los casos, materiales tales como la iluminación de bajo consumo, dispositivos de ahorro de agua y termómetros pueden ser proporcionados. También se podrían instalar alarmas de humo y monóxido de carbono. El refrigerado existente es evaluado para un posible remplazo si es costo-efectivo.

Los hogares serán sometidos a pruebas para posibles mejoras de costo-efectivo durante una visita de audición de energía. Estas mejoras podrían incluir, insulación, sellado de conductos, ventilación, sistemas de calefacción, y ventanas. Información coleccionada durante la audición de energía se introducen a un programa de computadora aprobada por el Estado para determinar qué medidas costo-efectivas serán instaladas en el hogar.

Una vez que se han identificado las medidas costo-efectivas, Community Action selecciona contratistas con licencia(s) quienes se encargaran de la instalación de las medidas. Al finalizar, medidas instaladas son inspeccionadas por Community Action para asegurar que el trabajo realizado ha sido completado y cumple con las normas y especificaciones del Estado.

En algunos casos, una contribución hacia el costo podría solicitarse para instalar medidas de climatización que no son costo-efectivas. Las contribuciones hacia el costo se discuten y son determinadas caso por caso y serán opcionales para el propietario. Medidas costo-efectivas aun podrían instalarse sin costo alguno.

Algunos hogares no podrían calificar para mejoras costo-efectivas de climatización después de que se ha realizado la audición de energía. A veces, los hogares necesitan asistencia para reparaciones fuera del alcance de trabajo de Community Action y podrían ser referidos a otros programas que posiblemente podrían ayudar.

Lista de Espera

Una vez que la solicitud ha sido aprobada, los clientes se colocan en la lista de espera. La lista de espera se basa en un sistema de puntos de prioridad y no es primero en llegar, primero en servir. Periodos de promedia de espera varían según su sistema de calefacción primario, fondos disponibles, criterio de prioridad, y número de solicitantes en la lista de espera. Periodos de espera cambian durante el proceso. Los clientes recibirán un tiempo promedio de espera cuando la solicitud haya sido aprobada.

Criterio de Prioridad

Hogares que cumplan con criterios tales como personas mayores (60 años de edad o más), discapacitados, familias con niños de dieciocho (18) años o menores, veteranos, carga de electricidad alta, uso de energía residencial alta y tiempo en la lista de espera recibirán puntos de prioridad adicionales.

SOLICITUD PARA LA LISTA DE ESPERA DE CLIMATIZACIÓN

Información de Contacto

Nombre completo del solicitante

Correo electrónico

Número de teléfono

Número alternativo

Domicilio

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección postal (si es diferente a su domicilio)

Ciudad

Estado

Código Postal

Miembros del Hogar

Nombre completo

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Idioma hablado

SI MISMO

Relación con el solicitante principal

Marque todo lo que aplique:

- ☐ Discapacitado ☐ Veterano ☐ Hispano
☐ Anglosajón ☐ Afro-Americano ☐ Americano Nativo
☐ Asiático ☐ Otro: _____

Nivel de Educación Más Alto: _____

☐ Actualmente matriculado en la escuela secundaria (High School)

- ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro: _____
☐ SNAP ☐ VA servicios médicos
☐ WIC ☐ TANF transportación
☐ Medicare ☐ Otro seguro médico
☐ OHP ☐ Asistencia de renta publica
☐ Imposible de salir de casa (con transportación)
☐ Imposible de salir de casa (SIN transportación)

Nombre completo

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Idioma hablado

Relación con el solicitante principal

Marque todo lo que aplique:

- ☐ Discapacitado ☐ Veterano ☐ Hispano
☐ Anglosajón ☐ Afro-Americano ☐ Americano Nativo
☐ Asiático ☐ Otro: _____

Nivel de Educación Más Alto: _____

☐ Actualmente matriculado en la escuela secundaria (High School)

- ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro: _____
☐ SNAP ☐ VA servicios médicos
☐ WIC ☐ TANF transportación
☐ Medicare ☐ Otro seguro médico
☐ OHP ☐ Asistencia de renta publica
☐ Imposible de salir de casa (con transportación)
☐ Imposible de salir de casa (SIN transportación)

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Annual income: _____

Verified by: _____ On: ____/____/____

Miembros del Hogar (Cont.)

Nombre completo

Número de Seguro Social

Idioma hablado

Marque todo lo que aplique:

☐ Discapacitado

☐ Veterano

☐ Hispano

☐ Anglosajón

☐ Afro-Americano

☐ Americano Nativo

☐ Asiático

Otro:

Nivel de Educación Más Alto:

☐ Actualmente matriculado en la escuela secundaria (High School)

Fecha de nacimiento

Relación con el solicitante principal

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Otro:

☐ SNAP

☐ VA servicios médicos

☐ WIC

☐ TANF transportación

☐ Medicare

☐ Otro seguro médico

☐ OHP

☐ Asistencia de renta publica

☐ Imposible de salir de casa (con transportación)

☐ Imposible de salir de casa (SIN transportación)

Nombre completo

Número de Seguro Social

Idioma hablado

Marque todo lo que aplique:

☐ Discapacitado

☐ Veterano

☐ Hispano

☐ Anglosajón

☐ Afro-Americano

☐ Americano Nativo

☐ Asiático

Otro:

Nivel de Educación Más Alto:

☐ Actualmente matriculado en la escuela secundaria (High School)

Fecha de nacimiento

Relación con el solicitante principal

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Otro:

☐ SNAP

☐ VA servicios médicos

☐ WIC

☐ TANF transportación

☐ Medicare

☐ Otro seguro médico

☐ OHP

☐ Asistencia de renta publica

☐ Imposible de salir de casa (con transportación)

☐ Imposible de salir de casa (SIN transportación)

Nombre completo

Número de Seguro Social

Idioma hablado

Marque todo lo que aplique:

☐ Discapacitado

☐ Veterano

☐ Hispano

☐ Anglosajón

☐ Afro-Americano

☐ Americano Nativo

☐ Asiático

Otro:

Nivel de Educación Más Alto:

☐ Actualmente matriculado en la escuela secundaria (High School)

Fecha de nacimiento

Relación con el solicitante principal

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Otro:

☐ SNAP

☐ VA servicios médicos

☐ WIC

☐ TANF transportación

☐ Medicare

☐ Otro seguro médico

☐ OHP

☐ Asistencia de renta publica

☐ Imposible de salir de casa (con transportación)

☐ Imposible de salir de casa (SIN transportación)

Nombre completo

Número de Seguro Social

Idioma hablado

Marque todo lo que aplique:

☐ Discapacitado

☐ Veterano

☐ Hispano

☐ Anglosajón

☐ Afro-Americano

☐ Americano Nativo

☐ Asiático

Otro:

Nivel de Educación Más Alto:

☐ Actualmente matriculado en la escuela secundaria (High School)

Fecha de nacimiento

Relación con el solicitante principal

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Otro:

☐ SNAP

☐ VA servicios médicos

☐ WIC

☐ TANF transportación

☐ Medicare

☐ Otro seguro médico

☐ OHP

☐ Asistencia de renta publica

☐ Imposible de salir de casa (con transportación)

☐ Imposible de salir de casa (SIN transportación)

Declaración de Ingresos del Hogar

Favor de anotar **a todos los miembros del hogar que tienen 18 años o más de edad** y sus fuentes de ingresos de los últimos 30 días. Si **no ha recibido ingresos** durante este tiempo, marque la caja aplicable. Además, debe de someter documentación de ingresos junto con su solicitud. Favor de ver la sección de documentación de Ingresos en la solicitud para más información. Adjunte una forma adicional si es necesario.

Nombre: _____ Total mensual en bruto: _____

Fuentes de Ingreso (marque todo lo que aplique)

☐ Empleo: salario Pago: ☐ semanal ☐ mensual ☐ quincenal ☐ anual ☐ otro:				
☐ Seguro Social	☐ Pensión	☐ SSI	☐ TANF (asistencia en efectivo)	☐ Desempleo
☐ Compensación de trabajadores	☐ Ingreso de renta	☐ Empleo propio	☐ Manutención de los hijos/cónyuge	☐ Otro:
☐ No Ingresos: Recibió los últimos ingresos en (fecha): _____ De (lugar): _____				

Nombre: _____ Total mensual en bruto: _____

Fuentes de Ingreso (marque todo lo que aplique)

☐ Empleo: salario Pago: ☐ semanal ☐ mensual ☐ quincenal ☐ anual ☐ otro:				
☐ Seguro Social	☐ Pensión	☐ SSI	☐ TANF (asistencia en efectivo)	☐ Desempleo
☐ Compensación de trabajadores	☐ Ingreso de renta	☐ Empleo propio	☐ Manutención de los hijos/cónyuge	☐ Otro:
☐ No Ingresos: Recibió los últimos ingresos en (fecha): _____ De (lugar): _____				

Nombre: _____ Total mensual en bruto: _____

Fuentes de Ingreso (marque todo lo que aplique)

☐ Empleo: salario Pago: ☐ semanal ☐ mensual ☐ quincenal ☐ anual ☐ otro:				
☐ Seguro Social	☐ Pensión	☐ SSI	☐ TANF (asistencia en efectivo)	☐ Desempleo
☐ Compensación de trabajadores	☐ Ingreso de renta	☐ Empleo propio	☐ Manutención de los hijos/cónyuge	☐ Otro:
☐ No Ingresos: Recibió los últimos ingresos en (fecha): _____ De (lugar): _____				

Nombre: _____ Total mensual en bruto: _____

Fuentes de Ingreso (marque todo lo que aplique)

☐ Empleo: salario Pago: ☐ semanal ☐ mensual ☐ quincenal ☐ anual ☐ otro:				
☐ Seguro Social	☐ Pensión	☐ SSI	☐ TANF (asistencia en efectivo)	☐ Desempleo
☐ Compensación de trabajadores	☐ Ingreso de renta	☐ Empleo propio	☐ Manutención de los hijos/cónyuge	☐ Otro:
☐ No Ingresos: Recibió los últimos ingresos en (fecha): _____ De (lugar): _____				

Al firmar esta forma certifico que la información que doy es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Por este medio autorizo la liberación de toda la información personal y archivos, financieros o por otra parte obtenida de esta solicitud a Community Action y sus agentes. Al firmar esta forma estoy bajo el procesamiento de pena criminal si la información falsa causa la ayuda para la cual no soy elegible.

Firma del Solicitante

Fecha

INSTALACIÓN DE INSULACIÓN DE PAREDES Y VENTANAS

Por favor lea la información de abajo cuidadosamente sobre la instalación de la insulación de paredes y ventanas, para que pueda evaluar los efectos que pueden tener en la apariencia de su hogar y decida si quiere autorizar la instalación de estas medidas, si son efectivos en costo. Si quiere rechazar cualquiera de estas medidas, por favor anótelos en la Forma de Autorización o la Forma de Autorización de Inquilino/Dueño.

VENTANAS

Community Action **no** se hará responsable de hacer un tratamiento cosmético en el recorte de las ventanas. Community Action solamente instalara el borde para prevenir la infiltración de agua y no instalara el borde de acabado por razones cosméticas.

INSULACIÓN DE PAREDES

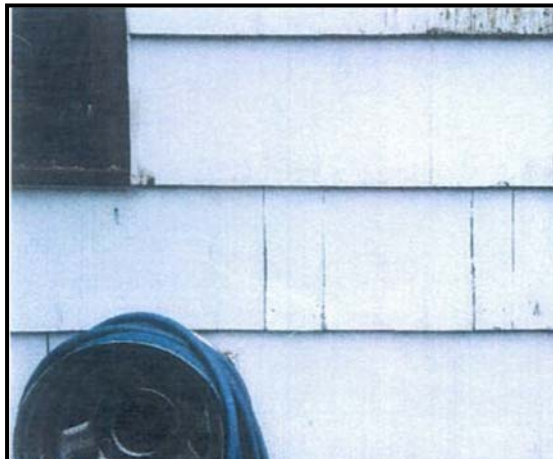
La casa o unidad será inspeccionada completamente para identificar cualquier problema existente que evitaría la insulación de las paredes. Personal propiamente capacitado instalara la insulación de pared. El contratista de climatización utilizara uno de los siguientes métodos para instalar la insulación:

Método de retirar el revestimiento

Se retirara el revestimiento o tablilla, se perforan agujeros y la insulación será soplada en las cavidades de la pared utilizando material de insulación celulosa (producto de papel tratado). Los agujeros se tapan y se sellan. Cualquier revestimiento o tablilla que se dañe durante el proceso será reemplazado y pintado al costo del instalador.



Durante la Instalación



Después de la Instalación

Método de perforación directa

El instalador perforara agujeros directamente a través del revestimiento. La insulación será soplada en las cavidades de la pared utilizando material de insulación celulosa (producto de papel tratado). Los agujeros se tapan y se sellan, cubierto y pintado con una capa de pintura base. Al contratista no se le requiere que iguale la pintura de la casa.



Durante la Instalación



Después de la Instalación

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA CLIMATIZACIÓN

Nombre

Domicilio

En consideración de que se realice trabajo de climatización, usted tiene que estar de acuerdo con lo siguiente:

1. Entiendo que recibiré una visita de educación de energía en mi hogar. Si es costo-efectivo, Community Action podría:
 - a. Proveer educación en cómo ahorrar energía, salud y seguridad.
 - b. Proveer y/o instalar materiales tales como iluminación de bajo consumo, dispositivos de ahorro de agua, filtros para el sistema de calefacción, alarmas de humo y monóxido de carbono.
2. Entiendo que si califico, recibiré una audición comprensiva de energía. En ese momento, Community Action podría:
 - a. Hacer pruebas de diagnóstico al hogar para posibles mejoras que sean costo-efectivas.
 - b. Recaudar datos para hacer recomendaciones en mejoras las cuales pueden incluir: insulación del ático, techos EPDM, insulación del piso, insulación de pared, insulación de conductos, sellado de conductos, sistema de calefacción, abanicos, calentador de agua, reemplazo de puertas, reemplazo de ventanas, reparaciones de la estructura, sellar las infiltraciones, y cintas térmicas.
 - c. Evaluar el refrigerador existente y determinar si un reemplazo sería costo-efectivo.
 - d. Solicitar una contribución para instalar medidas que no sean costo-efectivas.
3. Le permito a Community Action hacer visitas en el hogar y pruebas en la propiedad nombrada a continuación.
4. Entiendo que Community Action seleccionara contratista(s) con licencia para la instalación de las medidas seleccionadas.
5. Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:
 - a. Necesito estar presente/disponible en las visitas al hogar conducidas por Community Action o contratista(s) seleccionado(s).
 - b. Yo encerrare a mi(s) mascota(s) por la seguridad de la(s) mascota(s), personal y contratista(s).
 - c. No fumare dentro del hogar mientras el personal o contratista(s) este(n) presente(s).
 - d. Proveeré acceso a todas las áreas de mi hogar, tanto dentro como afuera.
 - e. Hare que mi hogar esté disponible para inspecciones durante el proceso y al final y para cualquier inspección adicional por los fundadores de Community Action.
6. Entiendo que si soy propietario del hogar, en la fecha del presente acuerdo, la propiedad no está actualmente en venta, ni se señala para la adquisición o separación (foreclosure) por los programas federales, estatales o locales. En caso de que yo venda la propiedad dentro de dos años de la terminación del trabajo de climatización, le informaré a Community Action por escrito mis intenciones de vender la propiedad y podría pagar una parte del costo de las mejoras de climatización. Esto no aplica si la propiedad se vende como resultado de una circunstancia imprevista.
7. Permito que Community Action verifique el propietario del hogar con *Washington County Assessment and Taxation*. Si alquilo mi hogar, también permito que Community Action contacte al propietario de mi parte para obtener autorización para servicios.
8. Cualquier excepción o arreglos especiales están anotados debajo:

Yo certifico que doy mi permiso para que se hagan visitas en el hogar y se instalen las medidas de climatización costo-efectivas nombradas anteriormente en la propiedad nombrada arriba. También entiendo que he visto las fotografías de cómo se instala la insulación en la pared y como se verá la casa cuando el trabajo este completo. Si se reparan o reemplazan las ventanas, Community Action no instalara el borde de acabado por razones cosméticas. Estoy de acuerdo con todo lo anotado anteriormente.

Firma

Fecha

ENCUESTA DEL HOGAR

Favor de marcar todo lo que aplique.

Estado de la propiedad:		☐ Inquilino	☐ Propietario
Tipo de vivienda:			
☐ Casa	☐ Condo	☐ Casa móvil/casa manufacturada	☐ Dúplex
☐ Otro:	☐ 3-Plex	☐ 4-Plex	
¿Ha recibido servicios del programa de Conservación de Energía (Climatización) en el pasado? ☐ Si ☐ No			
Sistema de calefacción primario:			
☐ Aire forzado eléctrico	☐ Calentador de bomba	☐ Eléctrico de base	☐ Eléctrico de techo
☐ Eléctrico de pared	☐ Calentador portátil	☐ Chimenea	☐ Estufa de leña
☐ Aire forzado de gas	☐ Calentador de pared de gas	☐ Propano	☐ Aceite
¿Funciona su Sistema de calefacción?		☐ Sí	☐ No
Si es un no, ¿por qué? ¿Por cuánto tiempo?			
¿Usted es propietario del refrigerador?		☐ Sí	☐ No
¿Tiene alarmas que funcionan?		☐ Alarma de humo	☐ Alarma de monóxido de carbono
¿Su echo gotea?		☐ Sí	☐ No
¿Tiene acceso a lo siguiente?		☐ El ático	☐ Debajo de la casa
		☐ Calentador de agua	
¿Tiene mascotas?		☐ Sí	☐ No
¿Si es un sí, que tipo?			
¿Algún miembro del hogar fuma?		☐ Sí	☐ No
El trabajo de climatización podría causar polvo e irritar condiciones de salud. ¿Usted o alguien de su hogar tiene condiciones y que podemos hacer para reducir el efecto?			
¿Como escucho sobre el programa?			
☐ Compañía de Utilidades/ Encarte en su factura			
☐ PGE	☐ NWN	☐ City of Forest Grove Light and Power	☐ West Oregon Electric Cooperative
☐ Organización Asociada:			
☐ Washington County Office of Community Development		☐ Rebuilding Together	☐ City of Beaverton
☐ West Tuality Habitat for Humanity		☐ Willamette West Habitat for Humanity	☐ Otro:
☐ Familia/Amigos/Vecinos	☐ Volante	☐ Colgador de puerta	☐ Postal
☐ Presentación Comunitaria		☐ Letrero de yarda	
☐ Programa de Community Action:		☐ Otro:	
SÓLO PARA USO DE LA OFICINA			
Year built: _____ Square footage: _____ Ownership verified by: _____ on: ____/____/____			
County Shows: _____ as owner (s).			

FORMA PARA OBTENER INFORMACIÓN DE UTILIDADES

Domicilio

Favor de proveer número(s) de cuenta(s), el nombre de la(s) persona(s) en la cuenta(s) de las compañías de utilidades nombradas a continuación:

Portland General Electric			
Número de Cuenta:		Nombre(s):	

City of Forest Grove Light and Power			
Número de Cuenta:		Nombre(s):	

NW Natural			
Número de Cuenta:		Nombre(s):	

West Oregon Electric Cooperative			
Número de Cuenta:		Nombre(s):	

Yo les autorizo a dar información sobre mi consumo de utilidades del pasado y del presente a Community Action y/o sus socios. Entiendo que esta información será utilizada para proporcionar los datos para la agencia nombrada arriba y que no se hará pública de manera que la vivienda o los ocupantes puedan ser identificados

Firma de la persona en la cuenta

Fecha

Firma de la persona en la cuenta

Fecha

ENERGY/WEATHERIZATION ASSISTANCE APPLICATION REQUIRED APPLICANT DISCLOSURES AND APPROVALS

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.
- 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.

Con mi firma,

- 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, 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

Nombre

Firma

Fecha



Política de no discriminación y de apelación de clientes de Community Action

Política de no discriminación

Community Action está comprometido con el trato justo, respetuoso e imparcial de los participantes de nuestros servicios y programas. Community Action no discrimina por motivos de edad, raza, color, nacionalidad, religión, género, situación familiar, discapacidad, estado civil, fuente de ingresos, orientación sexual, identidad de género, condición de veterano/militar o a los supervivientes de violencia doméstica.

Proceso de apelación de clientes

Si tengo un problema con algún miembro del personal, la determinación de elegibilidad, un plan del programa, servicios del programa o la expulsión de un programa de Community Action, entiendo que tengo derecho a apelar cualquier decisión tomada y acepto seguir los siguientes pasos:

1. Si un(a) participante del programa no puede resolver un problema directamente con el miembro del personal adecuado y que esté relacionado con cómo lo/a han tratado, la determinación de la elegibilidad, un plan del programa, servicios del programa o la expulsión de un programa, el/la participante puede comunicarse con el/la Gerente del Programa, Randall Olsen al rolsen@caowash.org o al (503)693-3258, verbalmente o por escrito, en un plazo de 30 días hábiles.
2. Si el/la participante del programa siente que su problema no ha sido resuelto, puede presentar su inquietud verbalmente o por escrito ante el Director de Recursos Familiares y Comunitarios a la dirección de Community Action, incluida al final de este documento, en un plazo de 10 días hábiles.
3. El director del departamento responderá al/a la participante por escrito a más tardar en 10 días hábiles, proporcionando detalles sobre la(s) medida(s) que se tomará(n), si es necesario, para resolver el problema.
4. Si el/la participante del programa continúa sintiendo que su problema no ha sido resuelto, puede apelar al Director Ejecutivo de Community Action por escrito en un plazo de 10 días hábiles, describiendo su inquietud pendiente y la medida solicitada. El Director Ejecutivo emitirá una decisión definitiva por escrito.

Katherine Galian
(503)693-3294
kgalian@caowash.org
Community Action
1001 SW Baseline Street
Hillsboro OR 97123