

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. (Ejemplo: TANF, Seguro Social, salarios) utilice los formularios adjuntos para los ingresos en efectivo. <i>Fuente de ingresos Monto mensual bruto (antes de impuestos)</i>	
SELF:				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

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

as 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	Idioma	¿Veterano?	¿Discapacitado?	Nivel más	¿SNAP?	¿Seguro
			género	preferido	(Sí o No)	(Sí o No)	alto de educación completado	(Sí o No)	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 FECHE 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, EXCENCION Y RENUNCIA RELACIONADA A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGIA E INFORMACION DE CUENTA DE SERVICIO DE ENERGIA 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: _____

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: _____

Servicio público principal: _____ Cantidad: _____

Servicio público secundario: _____ Cantidad: _____

Otro servicio _____ Cantidad: _____

Intake/ Data Entry: _____ Fecha: _____

Autorizado por: _____ Fecha: _____

Número de autorización: _____