



Por favor lea las instrucciones antes de completar la solicitud de asistencia y lea atentamente la solicitud, ya que se han hecho cambios en el formulario para este año.

Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben. Los hogares con avisos de desconexión deben ponerse en contacto con sus proveedores de servicios públicos directamente y hacer arreglos de pagos. Es mejor enviar su solicitud con anticipación en lugar de esperar por un aviso de desconexión.

También ofrecemos una aplicación en línea amigable para teléfonos inteligentes en nuestro sitio web en:

<https://caowash.org/programs/utility-assistance/utility-assistance.html>

Instrucciones:

- Por favor, llene todas las páginas de la solicitud.
- Devuelva esta solicitud con su comprobante de ingresos para todos los adultos mayores de 18 años que vivan con usted. **Estamos pidiendo ingresos completos del mes anterior.** Adjunto también encontrará formularios adicionales para aquellos que no tienen prueba de ingresos debido a que no trabajan, o reciben ingresos por trabajos ocasionales o reciben pagos en efectivo.
- Incluya copias de identificación para todos los adultos mayores de 18 años.

Por favor, devuelva la solicitud a:

Correo postal: 1001 SW Baseline St Hillsboro, OR 97123

O déjalo en nuestro buzón afuera de nuestras oficinas:

- 1001 SW Baseline St. Hillsboro
- 5050 SW Griffith Dr. Beaverton
- 11515 SW Durham Rd Suite E8 Tigard

POR FAVOR, ESPERE 6 SEMANAS PARA PROCESAR SU SOLICITUD. SI USTED PROPORCIONA UNA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO SE LE ENVIARÁ UN RECIBO DE PAGO ELECTRÓNICO EL MISMO DÍA EN QUE SE HAYA PROCESADO SU SOLICITUD. DE LO CONTRARIO, SERÁ ENVIADO POR CORREO POSTAL.

CAO SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

AUTH#

Nombre y apellido <i>Apunte a todas las personas en el hogar</i>	Fecha de Nacimiento	Sexo o género	No tengo #Seguro Social	Número de Seguro Social	Ingresos recibidos en el ultimo MES CALENDARIO anterior para adultos de 18 años y mayores.			
					No ingresos?	Fuente de ingresos	Me faltan comprobantes de ingreso?	Si le faltan comprobantes por favor explique
Aplicante:								
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"/> Cohabitanes <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 _____ Código Postal _____

Dirección Postal (si es diferente) _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Número de Teléfono: _____ Celular Casa Correo Electrónico: _____

Método de contacto deseado: Teléfono Correo Electrónico Mensaje de Texto Correo Postal

CONFIDENTIAL: Está experimentando violencia doméstica y necesita que su información se maneje con mayor cuidado? _____ Si **pg. 1**

			AUTH#						
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	Idioma	¿Veterano?	¿Discapacitado?	Nivel más alto de educación completado	¿SNAP?	OHP, Medicare otro	¿Seguro médico privado?
			preferido	(Sí o No)	(Sí o No)		(Sí o No)		
1.									
2.									
3.									
4.									

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

Favor de alistar los numeros de las cuentas de todas las utilidades, incluyendo copias de las facturas de las utilidades mas recientes. Nosotros no procesaremos la asistencias de las utilidades si no estan alistadas en su solicitud.

Por favor escriba el nombre de sus compañías de servicios publicos y numeros de cuenta respectivos e INCLUYA LA COPIA MAS RECIENTE DE CADA RECIBO. No podemos procesar ningun pago para los servicios publicos si no se mencionan en esta sección.

Electricidad - Compañía de servicios públicos:

Número de cuenta:

Calefacción - Compañía de servicios públicos:

Número de cuenta:

Agua- Compañía de servicios publicos:

Numero de cuenta:

Basura - Compañía de servicios publicos:

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)

Si el nombre en alguno de sus servicio publicos es diferente al de cualquier miembro de la vivienda por favor explique. _____

Community Action ofrece otros servicios. Le gustaría ser contactado para alguno de los siguientes:

Arreglo de Calentador de agua

Goteras de techo

Reparación de Calefacción

*****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:

Intake/ Data Entry: _____

Fecha: _____

Autorizado por: _____

Fecha: _____

DECLARACIÓN DE INGRESO DEL HOGAR

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 arreglo 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 _____

La persona sin ingresos es estudiante de preparatoria? Sí o No

¿Ha recibido ingresos en el último mes? Sí o No

¿La fecha en que recibió ingresos? Mes / día / año: _____

Si es así, ¿La cantidad que recibieron? _____

Si es así, ¿Ingresos en efectivo? Sí o No

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 la persona NO tuvo ingresos en los últimos 30 días como cubrió los siguientes costos?

¿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 arriba es verdadera y exacta en lo mejor de mi conocimiento. Al firmar este formulario, estoy bajo pena de enjuiciamiento penal. si se obtiene información falsa. En asistencia para la cual no soy elegible.



Firma

Fecha

DECLARACIÓN DE INGRESO DEL HOGAR

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 arreglo 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 _____

La persona sin ingresos es estudiante de preparatoria? Sí o No

¿Ha recibido ingresos en el último mes? Sí o No

¿La fecha en que recibió ingresos? Mes / día / año: _____

Si es así, ¿La cantidad que recibieron? _____

Si es así, ¿Ingresos en efectivo? Sí o No

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 la persona NO tuvo ingresos en los últimos 30 días como cubrió los siguientes costos?

¿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 arriba es verdadera y exacta en lo mejor de mi conocimiento. Al firmar este formulario, estoy bajo pena de enjuiciamiento penal. si se obtiene información falsa. En asistencia para la cual no soy elegible.



Firma

Fecha

DECLARACIÓN DE INGRESO DEL HOGAR

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 arreglo 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 _____

La persona sin ingresos es estudiante de preparatoria? Sí o No

¿Ha recibido ingresos en el último mes? Sí o No

¿La fecha en que recibió ingresos? Mes / día / año: _____

Si es así, ¿La cantidad que recibieron? _____

Si es así, ¿Ingresos en efectivo? Sí o No

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 la persona NO tuvo ingresos en los últimos 30 días como cubrió los siguientes costos?

¿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 arriba es verdadera y exacta en lo mejor de mi conocimiento. Al firmar este formulario, estoy bajo pena de enjuiciamiento penal. si se obtiene información falsa. En asistencia para la cual no soy elegible.



Firma

Fecha



Empleo por Cuenta Propia Programa de Asistencia de Servicios Públicos

Nombre del Aplicante: _____

Nombre de la persona que trabaja por cuenta propia: _____

Nombre del negocio _____

Número de teléfono _____

Cubren ingresos mensuales _____

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