

Bienvenido al Programa de Asistencia de Servicios Públicos de Community

Action para Condado de Washington, Oregón

Por favor, lea atentamente las nuevas reglas de asistencia.

A partir del 10/01/2022 Los hogares solo calificaran para asistencia una sola vez al año. Una vez que usted haya solicitado y resibido cualquier pago usted debera volver a solicitar despues del 1ro de Octubre del 2023. Evaluaremos cada hogar para poder determinar la elegibilidad para la asistencia de los servicios publicos.

Requisitos: Debe vivir en el condado de Washington, Oregón y el ingreso familiar es igual o por debajo del 60 % del ingreso medio de Oregón.

Menos de 60% del promedio del estado de Oregon por los 30 dias de ingreso gruito.	
tamaño del hogar	60% OMI
1	\$2,605.50
2	\$3,407.17
3	\$4,208.83
4	\$5,010.50
5	\$5,812.25
6	\$6613.92
7	\$6,764.25
8	\$6,914.50
9	\$7064.83
10	\$7215.17
11	\$7365.50
12	\$7,515.75

- Las solicitudes seran procesadas en el orden que se resiben. Si usted tiene una notificacion de desconexion por favor cotacte su compania de utilidades para hacer un arreglo de pago. Si usted tiene una desconexion de 24 horas por favor llame al 503-6150771 and deje un mensaje.
- Algunas empresas de servicios públicos ofrecen programas de descuento de facturas calificadas por ingresos, comuníquese con el suyo hoy.
- Ahora tenemos DocuSign para nuestra aplicación. DocuSign es compatible con teléfono celular y tabletas.



Adjunto encontrará la Solicitud de asistencia de servicios públicos. Utilice esta lista de verificación para completar su solicitud y prepare todos los documentos necesarios:

- Complete todas las páginas de la solicitud y la información de todos los miembros de la familia.
- Firme y feche la solicitud y TODOS las renunciaciones de responsabilidad.
- Adjunte copias de identificación para todos los adultos mayores de 18 años.
- Adjunte las facturas de electricidad y gas natural más recientes y los recibos de combustible a granel o combustible para calefacción.
- Todo adulto debe incluir los ingresos de los últimos 60 días a partir de la fecha de la firma de esta solicitud.
- Incluya todas las declaraciones de pago recibidos para este período.

Ejemplo: carta(s) de pagos del Seguro Social, cartas de pagos del Seguro Social para menores de edad, talones de cheques, verificación de desempleo, verificación de dinero en efectivo (TANF) actual, etc.

- Si un adulto está recibiendo desempleo: vaya a la página del desempleo en línea "¿dónde está mi cheque después elija "Imprimir con nombre completo y SS#".
- Si un adulto NO ha tenido ingresos en los últimos 30 días o se le PAGO EN EFECTIVO: complete la declaración de Cero ingreso. Use un formulario por persona. Ejemplo: pensión alimenticia, venta de botes, trabajos secundarios, venta de artículos, etc.
- Si un adulto es dueño de su propio negocio: Use la hoja de Trabajo por Cuenta Propia.

- **Si necesita formularios adicionales Visite nuestro sitio web en:**
<https://caowash.org/programs/energy-assistance/>

Devuélvanos la solicitud de la manera más conveniente para usted.

Por Correo: Asistencia de Energía 1001 SW Baseline St Hillsboro, OR 97123

Traerla a nuestros buzones: Ubicaciones de nuestros buzones son:

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

Por Correo electrónico: energy@caowash.org

Esperar al menos 6 semanas para el procesamiento. Se le enviará por correo electrónico o por correo un recibo de pago y nos pondremos en contacto directamente con su compañía de servicios públicos para notificarles el monto de su elegibilidad.

Gracias por su paciencia.

Actualizado el 15/09/22

Community Action lidera el camino para eliminar las condiciones de pobreza y crea oportunidades para que las personas y las comunidades prosperen.

SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS - CAO 2022-2023

IMPRIMA Y LLENE EN SU TOTALIDAD. POR FAVOR PERMITA 6 SEMANAS PARA QUE PROCESEMOS 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>Montó mensual bruto (antes de impuestos)</i>	<i>si no se proporcionaron talones de pago de 30 días completos, explique.</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"/> 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: _____

Otro Número del Teléfono: _____ Celular Casa CONFIDENCIAL: Esta usted experimentando Abuso Doméstico?

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

Esta página es necesario devolverla

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 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.

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)

*****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:

.....

Servicio público principal: _____ Cantidad: _____

Número de autorización: _____

Servicio público secundario: _____ 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: _____

Número de autorización: _____

Servicio público secundario: _____ Cantidad: _____

Intake/ Data Entry: _____ Fecha: _____

Autorizado por: _____ Fecha: _____

NW NATURAL

AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMATION

Al inscribirme para los siguientes programas de OLGA/GAP. Yo autorizo a NW Natural- OLGA/GAP a compartir mi informacion con el fin de evaluar la entrega y eficacia de los programas y poder evaluar la inscripcion de los programas de descuento del proveedor de servicios de energia.

Firma del Aplicante & Fecha

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

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 _____

¿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 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

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

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 _____

¿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 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 _____

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



¡MEJORAS DE ENERGÍA PARA EL HOGAR GRATIS!

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

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

GUÍA DE INGRESOS: EN EFECTO 2/14/2022

Tamaño De Familia	Ingreso Anual En Bruto	Ingreso Mensual En Bruto
1	\$27,180	\$2,265.00
2	\$36,620	\$3,051.66
3	\$46,060	\$3,838.33
4	\$55,500	\$4,625.00
5	\$64,940	\$5,411.66
6	\$74,380	\$6,198.33
<i>Cada Miembro Adicional:</i>	\$ 9,440	\$ 786.66