

Applicant Legal Name:
(Last, First) _____
Authorization # _____



Date app Rcvd. _____ Date Appl. Completed _____

Codigos de Raza :
AA Afroamericano
AS Asiático(a)
NA/AN Nativo Americano/
 Nativo de Alaska
NH/PI Hawaiano Nativo/
 Isleño del Pacífico

WH Caucásico(a)
DK No Se

Codigos de Educación:
NO Ninguno
PreK-12 Alto Grado
 Completado
HSD Diploma de Escuela
 Secundaria

GED GED
SC Alguna
 Educación Superior
AA Asociados
BA Licenciatura
MA Maestras
PHD Doctorados

**2019-2020 Temporada de Calefacción Vivienda y
Servicios Comunitarios de Oregon**

NeighborImpact
Energy Assistance & Weatherization

**20310 Empire Ave. Suite A100
Bend, OR 97703**

NOTA: TODAS LAS ÁREAS GRISES SON SOLAMENTE PARA EL USO DE NEIGHBORIMPACT

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre Completo Como Aparece en su Tarjeta de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Género	Hispano S/N	Raza (ver más arriba)	Tribu	Educación (ver más arriba)	Discapacidad o S/N	Veterano	Confinado en Casa S/N	SNAP S/N	OHP S/N	Otro Seguro Médico

Teléfono: _____ Celular Hogar Mensaje

Dirección de Correo Electrónico: _____

Tipo de Hogar (Circule uno): Familia Extendida Cohabitantes
 Casados 2- Padres Soltero Madre Soltera Padre Soltero

DIRECCIÓN

Dirección del Hogar: _____
 Calle Ciudad, Estado, Código Postal Condado

Dirección Postal: _____
 (Si es Diferente del Hogar)

TIPO DE VIVIENDA

Tipo de Vivienda (Circule uno):	Estado Residencial (Circule uno):	Tipo de Calefacción (circule lo que corresponda):
H Casa Para Una Sola Familia M Unidad Múltiple (2 a 4) U Unidad Múltiple (mas de 4) A Casa Manufacturada E Hotel/Motel T Remolque de Viaje R Otro	R Alquiler (Calefacción no Incluida) E Alquiler (Calefacción Incluida) S HUD o Section 8 (Calefacción no Incluida) O Propietario	E Eléctrico W Leña L Propano S Solar N Gas Natural P Pellets O Petróleo Fuente de Calor Principal: _____ Fuente de Calor Secundaria: _____ Nombre la compañía de servicios públicos que le gustaría obtener su beneficio ir a _____

NOTA: TODAS LAS ÁREAS GRISES SON SOLAMENTE PARA EL USO DE NEIGHBORIMPACT

INGRESOS	Nombre del Miembro del Hogar	Tipo de Ingreso	Proof of Income	Frequency	Amount	Annual Amount

Total Annual Income: _____

SERVICIOS PÚBLICOS	Account Status	Nombre del Servicio Público	Numero de Cuenta	Nombre en la Cuenta	Vendor Amount: \$ _____
	<input type="checkbox"/> Current				Vendor Amount: \$ _____
	<input type="checkbox"/> Past Due				Direct Amount: \$ _____
	<input type="checkbox"/> Shut Off 1-5 days	Authorization #: _____ <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied			Total Auth Amt \$ _____
	<input type="checkbox"/> Shut Off 0-24 Hrs	___ LIHEAP ___ LIHEAPAC ___ OEAP ___ OEAPAC Other: _____			Matrix Energy Type: _____
	<input type="checkbox"/> Disconnected	Comments : _____			
<input type="checkbox"/> Bulk Fuel					
<input type="checkbox"/> Bulk Fuel Out					

Agency Certification: The applicant has met the income eligibility requirements for the State of Oregon Low Income Home Energy Assistance Programs and is authorized to receive assistance in the amount above.

Worker Signature

Date

Authorizing Agency Signature

Date

Intake

Data

DECLARACIÓN Y LIBERACIÓN DEL SOLICITANTE:

Yo entiendo que estos programas son voluntarios; si decido aplicar para recibir asistencia, debo de proveer toda la información requerida. Durante el proceso de la solicitud, puede ser que se requiera más información con el fin de determinar mi elegibilidad.

Yo entiendo que la información que he proporcionado se usará para determinar y verificar mi elegibilidad para el servicio de energía y para los propósitos de referencia, investigación, evaluación y análisis. Entiendo que si yo considero que mi solicitud fue injustamente negada o no fue procesada a tiempo, tengo derecho a una audiencia justa si la pido dentro de los primeros 30 días de haber completado la solicitud o de la fecha en que fue negada. Cualquier petición para dicha audiencia debe de ser por escrito y en tregada o enviada por correo al proveedor de los servicios. Además de cualquier derecho de apelación obtenido por dicha audiencia concedida por el proveedor de servicios, yo puedo contactar a la agencia estatal de Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregon (OHCS por sus siglas en ingles) dentro de los primeros 30 días de la decisión de la audiencia para pedir a OHCS una revisión de la decisión de la audiencia con el fin de encontrar deficiencias materiales. La petición para la revisión de OHCS debe ser por escrito y enviada por correo electrónico a energyservices@oregon.gov o por correo postal a OHCS 725 Summer ST NE Suite B, Salem OR 97301. La revisión de OHCS, y la manera en que se realiza, están bajo la exclusiva discreción de OHCS.

Yo declaro, bajo la pena de perjurio, que la información que proporcioné para completar esta solicitud es verdadera y correcta y que los fondos que recibo se utilizarán únicamente con el fin de pagar mi factura de energía.

Mi firma da consentimiento para que otras oficinas de gobierno estatal y federal, sus subcontratistas designados, utilidades y proveedores de energía identificados en esta solicitud, compartan información relacionada a mi solicitud incluyendo información sobre mi(s) cuenta(s) incluyendo, pero sin limitarse a, número de cuenta, nombre en la cuenta, dirección, uso o consumo anual y costos anuales. Acepto eximir de responsabilidad y/o liberar a dichas organizaciones de y encontra cualquier reclamo, pérdida, demanda, daño o responsabilidad de cualquier tipo ocasionada o supuestamente causada por dicha divulgación.

Yo autorizo a mis servicios públicos y/o a mis proveedores de combustible a proporcionar información de mi cuenta a OHCS y al proveedor del servicio a los efectos de proporcionar servicios de energía para el año del programa actual (Oct 1 a Sept 30). Soy el titular de la cuenta o el agente autorizado del cliente para los servicios públicos, proveedor/vendedor de combustible identificados en esta solicitud.

Firma del Solicitante o Representante Autorizado

Fecha

2019-2020 Heating Season



Declaracion De Ingresos Del Hogar (DHI)

Favor de llenar este formulario para todos los miembros del hogar mayores de 18 años que no tienen ingresos:

- 1) Reciben pagos en efectivo o
- 2) Tienen otras fuentes de ingreso no salariales.

Nombre del Solicitante: _____

Mes Anterior: _____

(*Ejemplo: si aplica en octubre, por favor ponga septiembre y enumere la información a continuación para septiembre.)

Posible Fuente de Ingresos:

- Manutencion de Hijos (informal)
- Venta de Latas
- Ayuda de Familiares, Iglesias, etc. (por 3 meses o mas)
- Manutencion de Conyuge (informal)
- Venta de Metal
- Apoyo de fuentes no Salariales
- Trabaja por Efectivo (Ocasionalmente)
- Ingresos por Alquilar Propiedad

Nombre de todos los miembros del hogar mayores de 18 años que no reciben ingresos o ingresos informales:	Cantidad total de ingresos informales recibidos en el mes anterior	Fuente de ingresos (ver ejemplos)	En Escuela Preparatoria? S/N

Como paga actualmente por sus necesidades basicas como el alquiler, comida, telefono, de su casa?

Certifico que la información indicada es verdadera y exacta al firmar este formulario. Estoy bajo pena de procesamiento criminal si la información falsa resulta en ayuda para la cual no soy elegible. Yo entiendo que proporcionar información falsa en este documento constituye el acto de fraude.

Firma del Solicitante

Fecha