

## ASISTENCIA ENERGÉTICA HOGARES IMPACTADOS DE COVID



NeighborImpact  
Energy Assistance

**El Programa de Asistencia Energética de NeighborImpact** tiene nuevos programas para hogares afectados por **COVID-19**. Identifique cómo COVID-19 afectó a su hogar en la **Declaración de Ingresos del Hogar** (ubicada en la página 3 de la solicitud). Antes de seguir estas instrucciones, asegúrese de no calificar para nuestra **Inscripción Express**. Puede reunir los requisitos para la Inscripción exprés si cualquiera de los siguientes es cierto para UN solo miembro de su hogar actual.

- Recibió beneficios de Asistencia Energética o Climatización en cualquier momento entre el 1 de octubre de 2018, mes actual.
- Ingreso de seguridad suplementario (SSI)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Asistencia temporal a familias necesitadas ( TANF )
- Mujeres Bebés y Niños (WIC) \* - **Documentación de inscripción necesaria**
- Tribu TANF \* - **Documentación de inscripción necesaria**
- Medicaid/Oregon Health Plan\* - **Documentación de inscripción necesaria**

¿Seleccionó uno de los anteriores? Si es así, complete la solicitud para incluir a todos los miembros de su hogar **y no tenga en cuenta** la sección **Ingresos** en la página siguiente.

**Si NO pudo** seleccionar ninguno de los programas de Inscripción exprés mencionados anteriormente, **deberá calificar para ingresos además de verse afectado por la pandemia de COVID 19**. Consulte la tabla de ingresos a continuación según su condado de residencia y siga las instrucciones en las siguientes páginas

Max. Monthly Gross Income*			
Household Size	Crook	Deschutes	Jefferson
1	\$2,870	\$3,580	\$2,870
2	\$3,275	\$4,090	\$3,275
3	\$3,685	\$4,600	\$3,685
4	\$4,095	\$5,110	\$4,095
5	\$4,425	\$5,525	\$4,425
6	\$4,750	\$5,930	\$4,750
7	\$5,075	\$6,340	\$5,075
8	\$5,405	\$6,750	\$5,405
Pregunte sobre hogares mayores de 8.			
* Ingresos brutos significa todos los ingresos del hogar antes de cualquier deducción.			

### **INFORMACIÓN DE CONTACTO**

**LLAME A LA LINEA DE ASSISTANCE DE ENERGIA**  
**APLICACIONES POR FAX**  
**APLICACIONES POR CORREO**  
**POR CORREO ELECTRONICO**

**541-504-2155**  
**541-749-4947**  
**20310 Empire Ave., Suite A100, Bend, OR 97703**  
**ea@neighborimpact.org**

## ASISTENCIA ENERGÉTICA HOGARES IMPACTADOS DE COVID



NeighborImpact  
Energy Assistance

- Completé todas las áreas no grises de la solicitud, enumeré TODOS los miembros del hogar en la página 1 y firmé la página 2.
- Seleccioné el impacto COVID apropiado en **la Declaración de Ingresos del Hogar y firmé** en la parte inferior.
- He incluido copias de lo siguiente, según sea apropiado:

### **INGRESOS - (Requerido para aquellos que NO cumplen con los criterios para la Inscripción Express)**

- Por favor envíe los ingresos recibidos en el mes anterior por cada miembro del hogar de 18 años o más que no esté actualmente en la escuela secundaria (Por ejemplo, **recibos de sueldo, impresión de desempleo, impresión de manutención infantil**, etc. Consulte la página siguiente para obtener más información).
- Un formulario de Declaración de ingresos** del hogar firmado y fechado que enumera a todos los miembros del hogar mayores de 18 años SIN INGRESOS o que recibieron EFECTIVO por trabajo.
- Carta (s) de verificación de beneficios del año actual para los ingresos del Seguro Social. NO podemos aceptar extractos bancarios como verificación. Si no puede encontrar su Carta de verificación de beneficios, realice una de las siguientes acciones:
  1. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para solicitar una carta de reemplazo. Esto podría tomar 2-3 Semanas, pero generalmente es más rápido.
  2. Configure una cuenta en línea **en [www.segurosocial.gov/myaccount](http://www.segurosocial.gov/myaccount) e imprima su Carta de verificación de beneficios.**

### **UTILIDAD requerida para TODOS**

- Una copia actual de **la factura de servicios públicos** que requiere asistencia. Si la factura de servicios públicos para la que está buscando asistencia no está a su nombre, necesitará una carta firmada por el arrendador que indique que les paga los servicios públicos directamente. **Llame al 541.504.2155 para solicitar la Carta del propietario, si es necesario.**

### **Identificación requerida para TODOS**

- Copias de identificación para **TODOS** los miembros del hogar **mayores de 18 años.**
- Copias de las tarjetas de Seguro Social para TODOS los miembros del hogar. Aceptaremos números de seguridad social si ha solicitado previamente.

## ASISTENCIA ENERGÉTICA HOGARES IMPACTADOS DE COVID



NeighborImpact  
Energy Assistance

**Todos los miembros adultos del hogar deben proporcionar documentación de ingresos del mes anterior.**

Esto incluye cualquier artículo por el cual usted o cualquier otro miembro adulto del hogar recibe el pago y debe mostrar el monto bruto (antes de cualquier deducción).

**Los pagos del Seguro Social recibidos por menores se consideran ingresos del hogar.**

**Ingreso Ganado:** Recibos de pago que muestren los importes brutos actuales del mes anterior a la fecha de su solicitud. Por ejemplo, si firma su solicitud el 10 de agosto, proporcione talones de pago para todo julio. Los talones de pago deben incluir su nombre y la información del empleador, incluida la dirección.

**Sin Ingresos:** Cualquier adulto miembro del hogar y sin ingreso debe de completar la Declaración de Ingresos del Hogar (vea adjunto).

**Ingreso Informal:** Cualquier miembro adulto del hogar con ingresos que no se puedan documentar por medios formales (es decir, trabajos ocasionales, devoluciones de botellas, cuidado de niños, etc.) debe incluir el monto recibido en el mes anterior y la fuente en el formulario de Declaración de Ingresos del Hogar.

**Ingresos del Trabajo por Cuenta Propia:** Por favor Complete un formulario de Autoempleo e incluya extractos bancarios de los pagos recibidos de Autoempleo en el mes anterior. Llame al 541-504-2155 para obtener un formulario de trabajo por cuenta propia.

**Beneficios del Seguro Social (SS/SSD)** Su carta de verificación de beneficios de SS para cada individuo en el hogar que recibe beneficios de SS. La carta **debe** mostrar **el monto bruto del beneficio otorgado**. Un extracto bancario **NO** es suficiente.

**Beneficios de Veterano:** Su carta de adjudicación VA más reciente que muestra el monto del beneficio otorgado. *Un estado de cuenta bancario con una Declaración de ingresos del hogar firmada también es suficiente*

**TANF:** Esto se considera ingreso y debe declararse. Proporcione una carta de verificación de beneficios del DHS que muestre su nombre y el monto del beneficio otorgado.

**Manutención de Hijos/Pensión Alimenticia:** Una copia impresa del Portal de manutención infantil que muestra los ingresos recibidos en los últimos 60 días. Un estado de cuenta bancaria que muestre los ingresos recibidos en los últimos 60 días también es suficiente.

**Beneficios de Desempleo:** Por favor Indíquenos su número PIN para sus beneficios de desempleo.

**Pensión Privada/Beneficios de Retiro:** Envíenos una carta de adjudicación actual que muestre su beneficio bruto otorgado, o un extracto bancario reciente junto con una Declaración de ingresos del hogar firmada. Envíenos una carta de adjudicación actual que muestre su beneficio bruto otorgado, o un extracto bancario reciente junto con una Declaración de ingresos del hogar firmada.

**Asistencia de Familia/Amigos:** Si recibe regularmente asistencia de familiares / amigos, escriba la cantidad recibida para el mes anterior en la Declaración de ingresos del hogar.

**Cualquier Otro Ingreso No Mencionado:** Llame al **541-504-2155** para determinar qué documentación se necesita para sus ingresos.

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  
**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 <b>Fuente de Calor Principal:</b> _____ <b>Fuente de Calor Secundaria:</b> _____ <b>Nombre la compañía de servicios públicos que le gustaría obtener su beneficio ir a</b> _____

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

<b>INGRESOS</b>	Nombre del Miembro del Hogar	Tipo de Ingreso	Proof of Income	Frequency	Amount	Annual Amount

Total Annual Income: \_\_\_\_\_

<b>SERVICIOS PÚBLICOS</b>	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 ___ LIHEAP ___ LIHEAPAC ___ OEAP ___ OEAPAC Other: _____			Total Auth Amt \$ _____
	<input type="checkbox"/> Shut Off 0-24 Hrs				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 en contra 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

**¿Ha sido afectado alguien en su hogar por el COVID-19?  SI  NO**

**¿Cómo?**

- Pérdida de ingresos     Pérdida o reducción en horas/ingresos     Gastos relacionados al COVID-19

Otro (explique): \_\_\_\_\_

**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**