

Programa de asistencia energética año 2020-2021

ANTES DE QUE EMPIECES

- Tómese el tiempo para leer **TODAS** las instrucciones detenidamente .
- **ADVERTENCIA:** No incluir la documentación requerida puede resultar en la denegación de su solicitud. .
- Somos un personal pequeño y desde el cierre de COVID, a menudo trabajamos de forma remota. Eso significa que tenemos que tomar tres pasos adicionales para hacer el trabajo. Procesamos miles de solicitudes que obtienen entre 2 y 3 millones de dólares cada año para la comunidad en forma de asistencia para calefacción.
- ¿Sabes lo que **NO** PODEMOS PROCESAR? **UNA SOLICITUD INCOMPLETA.** Eso significa que pasamos al siguiente y tratamos de volver a esos en nuestro tiempo libre. El problema es que solo tenemos tiempo libre cuando no tenemos fondos. Si nos quedamos sin fondos, simplemente no podemos ayudar.

¡NADIE QUIERE QUE SUCEDA!

**POR FAVOR AYÚDENOS A AYUDARLE - ES NUESTRA COSA FAVORITA
QUE HACER!**

**LEE LAS INSTRUCCIONES
CONVIERTE TODO
OBTENER AYUDA**

LISTA DE VERIFICACION DE LA APLICACION

Favor de revisar su solicitud antes de enviarla para asegurarse de que este completa.

- He completado todas las areas que no estan grises en la solicitud.
- He incluido copias de lo siguiente, como corresponda:
 - Prueba de ingresos recibidos durante los 2 meses anteriores para cada miembro de familia de 18 años y mas, que no este en la escuela preparatoria. (Por ejemplo, talones de cheque, prueba de desempleo con #PIN, prueba de manutencion de hijos etc. (Ver adjunto para mas informacion.)
 - Firmada y con fecha esta la Declaracion de Ingresos del Hogar que incluye a todos los miembros del hogar, que tienen 18 años o mas y que **NO TIENEN INGRESOS** o que reciben efectivo por trabajar.
 - Carta(s) de verificacion de beneficios del año actual para cualquier ingreso de Seguro Social. **NO PODEMOS** aceptar estados de cuenta bancarios como verificacion.
 - Copia actual de la factura de servicios que requiere asistencia.
 - Una copia de su factura de **ELECTRICIDAD**. Incluso si no esta solicitando asistencia con electricidad, favor de mandar una copia de su factura electrica. **Si la factura de servicios no esta a su nombre, Usted nesesarara una carta firmada por su arrendador afirmando que usted paga las utilidades directamente a ellos.**
 - Copia de identificacion para todos los miembros del hogar de 18 años o mas.
 - Copia de las tarjetas del Seguro Social para todos los miembros del hogar.

LA SOLICITUD ESTA

FIRMADA Y

CON FECHA (pagina 2).

Tamaño del hogar	Maximo Ingreso Mensual en Bruto*
1	\$2,317.15
2	\$3,030.10
3	\$3,743.05
4	\$4,456.00
5	\$5,169.00
6	\$5,882.00
7	\$6,015.67
8	\$6,149.30
Pregunte sobre los hogares mas grandes que 8.	*Ingreso Bruto significa todos los ingresos del hogar antes de cualquier deduccion.

**VERIFIQUE SU
ELEGIBILIDAD
ANTES DE
ENVIAR UNA
SOLICITUD!**

Lista de Documentos de Ingreso

Todos los adultos del hogar deben de proporcionar documentos que muestren ingresos de los pasados 60 días (mínimo). Esto incluye cualquier artículo por el cual usted o cualquier otro miembro adulto del hogar reciben pagos y deben de mostrar la cantidad en bruto (antes de deducciones.)

La lista de abajo muestra los documentos que aceptamos como comprobante de sus ingresos del hogar.

Ingreso Ganado: Talones de cheque que muestre la cantidad en bruto, se requiere comprobante de los pasados 60 días de haber firmado la solicitud. Los talones de cheque deben de incluir su nombre, información de el empleador y su domicilio.

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

Ingreso Informal: Cualquier adulto miembro del hogar con ingresos que no se pueden verificar con documentos por ejemplo: trabajos ocasionales, venta de latas, cuidado de niños, etc. Esto debe de ser incluido en la Declaración de Ingresos del Hogar con el monto que recibio en los ultimos 60 días y la Fuente de donde recibio su efectivo.

Ingresos del Trabajo por Cuenta Propia: Favor de completar la forma de auto-empleo, e incluir facturas de pagos recibidos en los ultimos 60 días. Llamar al 541-504-2155 para solicitar su forma de auto-empleo.

Beneficios del Seguro Social: La carta de Verificación de Beneficios del Seguro Social para cada individuo del hogar que reciba beneficios del Seguro Social. La carta debe de mostrar el beneficio en bruto. Un estado de cuenta bancario no es suficiente.

Beneficios de Veterano: La carta mas reciente de sus beneficios de veterano (VA) que enseñe su beneficio. Tambien el estado de cuenta bancario con la Declaración de Ingresos del Hogar firmada es suficiente como comprobante de beneficios.

TANF: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, es una asistencia economica temporal. Esto es considerado como ingreso y debe de ser declarado. Favor de proveer la carta de el Departamento de Servicios Humanos (DHS por sus siglas en Ingles) la carta debe de incluir su nombre y la cantidad mensual.

Manutencion de Hijos/Pension Alimenticia: Favor de proveer el numero de caso escrito en su solicitud de manutencion de hijos. Si usted recibe manutencion de hijos informalmente, favor de completar la forma de Declaración de Ingreso del Hogar.

Beneficios de Desempleo: Favor de proveer su numero de identificacion personal (numero PIN por sus siglas en Ingles).

Pencion Privada/Beneficios de Retiro: Favor de proveer una carta actual en la que compruebe su beneficio en bruto, o un estado de cuenta bancario junto con la Declaracion de Ingresos del Hogar firmada.

Asistencia de Familia/Amigos: Si recibio asistencia economica de familia o amigos en los ultimos 60 dias, favor de escribir la cantidad en la Declaracion de Ingresos del Hogar y firmar la forma.

Cualquier Otro Ingreso No Mencionado: Favor de llamar al 541-504-2155 para determinar que tipo

Ingreso del Seguro Social

Elija una de las siguientes para obtener una copia de su **Carta de Verificacion de Beneficios:**

1. Llamar a el Seguro Social al 1-800-772-1213 para solicitar una carta de reemplazo. Esto puede tomar de 2-3 semanas.
2. Registrar una cuenta en linea en www.socialsecurity.gov/myaccount e imprimir su carta de "Verificacion de Beneficios".

*** Los pagos del Seguro Social recibidos por menores de edad, son considerados como ingresos del hogar.**

*******LLAMENOS SI TIENE ALGUNA PREGUNTA*****
LLAME A LA LINEA DE ASISTENCIA DE ENERGIA.....541-504-2155
APLICACIONES POR FAX AL.....541-749-4947
APLICACIONES POR CORREO A.....20310 Empire Ave. Suite A100
Bend, OR 97703
POR CORREO ELECTRONICO A.....ea@neighborimpact.org**

Applicant Legal Name: (Last, First) _____ Authorization # _____	 NeighborImpact Energy Assistance & Weatherization	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
2020-2021 Temporada de Calefacción Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregon		
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	Educacion (ver más arriba)	Discapacidad o S/N	Veterano	Confinado en Casa S/N	SNAP S/N	OHP S/N	Otro Seguro Médico

Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Mensaje Dirección de Correo Electrónico: _____	Tipo de Hogar (Circule uno): Soltero Madre Soltero Padre Soltero Adultos no emparentados con niños 2 Padres Familia Extendida 2 Adultos-Sin Niños
--	---

DIRECCIÓN	Dirección del Hogar: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small; margin-top: 5px;"> Calle Ciudad, Estado, Código Postal Condado </div>
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 GRISAS 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 ___ LIHEAP CARES ___ LIHEAPAC			Matrix Energy Type: _____
	<input type="checkbox"/> Disconnected	___ OEAP ___ OEAPAC Other: _____			
	<input type="checkbox"/> Bulk Fuel				
	<input type="checkbox"/> Bulk Fuel Out				

Comments :

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.

_____ Intake
 Worker Signature Date Authorizing Agency Signature Date

 _____ Data Entry Initials Date
 2020-2021 Heating Season

Por favor firme en la siguiente sección 

Solicitud de Asistencia de Energía/Climatización—Divulgación y aprobación requerida de solicitante

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 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

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:

- Manutención de Hijos (informal)
- Venta de Latas
- Ayuda de Familiares, Iglesias, etc. (por 3 meses o mas)
- Manutención de Conyuge (informal)
- Venta de Metal
- Apoyo de fuentes no Salariales
- Trabajo 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** _____

COVID-19 FORMA DE IMPACTO

Alguien en su hogar ha sido afectado por COVID-19?

SI

NO

Si seleccionó NO, no es necesario que complete este formulario.

Si seleccionó SÍ, complete la sección a continuación

Por favor marque un círculo cualquiera de las siguientes situaciones de COVID-19 que haya afectado a su hogar:

- *Pérdida de empleo (despido / licencia / perdió su negocio)*
 - Reducción de horas / Licencia no remunerada
 - *Población vulnerable (Personas en riesgo por edad o condiciones de salud para quienes es necesario auto-cuarentena.)*
 - del cuidado de niños / Niños en casa porque no hay escuela
 - Otra situación relacionada con COVID (describa brevemente):
-
-

- **Gastos relacionados con COVID-19** (Esto podría incluir: mayores costos de servicios públicos o suministros domésticos debido a la cuarentena y / o más personas en el hogar; materiales de prevención de COVID (máscaras, desinfectantes, toallitas, guantes, etc.)

Indique los gastos:

•

Firma de solicitante

Fecha