

LISTA DE VERIFICACION DE LA APLICACION

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

- He completado todas las áreas que no están grises en la solicitud.
- He incluido copias de lo siguiente, como corresponde:
 - Prueba de ingresos recibidos durante los **2 meses anteriores** para cada miembro de familia de 18 años y más, que **no** esté en la escuela preparatoria. (Por ejemplo, talones de cheque, prueba de desempleo con numero de PIN, prueba de manutención de hijos etc. (Ver adjunto para mas informacion.)
 - Firmada y con fecha esta la Declaración de Ingresos del Hogar que incluye a todos los miembros del hogar, mayores de 18 años o mas y qué **NO TIENEN INGRESOS** o qué reciben efectivo por trabajar.
 - Carta(s) de verificación de beneficios del año en curso para cualquier ingreso de Seguro Social. **NO PODEMOS** aceptar estados de cuenta bancarios como verificación.
 - Copia actual de la factura de servicios que requiere asistencia.
 - Una copia de su factura de **ELECTRICIDAD**. Incluso si no está solicitando asistencia con electricidad, favor de mandar una copia de su factura eléctrica. **Si la factura de servicios no está a su nombre, usted necesitara una carta firmada por su arrendador afirmando que usted paga las utilidades directamente a el.**
 - Copia de identificación para todos los miembros del hogar mayores de 18 años.
 - Copia de las tarjetas del Seguro Social para todos los miembros del hogar.

- LA SOLICITUD ESTA FIRMADA Y CON FECHA (página 4).**

Pautas de ingresos

Numero de miembros del hogar	Máximo Ingreso Mensual Bruto*
1	\$2,605.50
2	\$3,407.17
3	\$4,208.83
4	\$5,010.50
5	\$5,812.25
6	\$6,613.92
7	\$6,764.25
8	\$6,914.50
¿Más de 8? Agregue \$150.25 por Cada adicional miembro	*Ingreso Bruto significa todos los ingresos del hogar antes de cualquier deducción.

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 del 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 recibió en los últimos 60 días y la fuente de donde recibió su efectivo.

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

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

Beneficios de Veterano: La carta más reciente de sus beneficios de veterano (VA) que enseñe su beneficio. También 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 económica temporal. Esto es considerado como ingreso y debe de ser declarado. Favor de proveer la carta del Departamento de Servicios Humanos (DHS por sus siglas en Ingles). La carta debe de incluir su nombre y la cantidad mensual recibida

Manutención de Hijos/Pensión Alimenticia: Favor de proveer el número de caso escrito en su solicitud de manutención de hijos. Si usted recibe manutención de hijos informalmente, favor de completar la forma de Declaración de Ingreso del Hogar.

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

Pensión 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 Declaración de Ingresos del Hogar firmada.

Asistencia de Familia/Amigos: Si recibió asistencia económica de familia o amigos en los últimos 60 días, favor de escribir la cantidad en la Declaración de Ingresos del Hogar y firmar la forma.

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

Ingreso del Seguro Social

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

1. Llamar al 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 línea en www.socialsecurity.gov/myaccount e imprimir su carta de "Verificación 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 FAX541-749-4947

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 # _____

2022-2023 Temporada de Calefacción Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregon



Date app Rcvd. _____ Date Appl. Completed _____

Códigos 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

Códigos de Educación:
 0-8 Grado
 9-12 Grados no graduados
 HSD/GED Diploma de Escuela Secundaria/ GED
 SC Alguna Educación Superior
 CG 2-4 años de graduación universitaria
 PS Graduado u otro post secundaria

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

INFORMACIÓN DEL CLIENTE	Nombre Completo de TODOS los miembros del hogar	Fecha de Nacimiento	Número 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): Soltero Madre Soltera Padre Soltero
 Adultos no emparentados con niños 2 Padres Familia Extendida 2 Adultos-Sin Niños

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 a la que le gustaría que se aplique sus beneficios _____

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 ___ LIHEAP ___ LIHEAPAC ___ OEAPCEAP			Total Auth Amt \$ _____
	<input type="checkbox"/> Shut Off 0-24 Hrs				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.

Worker Signature	Date	Authorizing Agency Signature	Date	Intake
Data Entry Initials	Date		2022-2023	

Por favor firme en la página siguiente

Solicitud de Asistencia de Energía/Climatización—Divulgación y aprobación requerida de solicitante 2022-2023

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.

- Tras la inscripción exitosa en los programas LIHEAP/OEAP, autorizo además a OHCS y al estado de Oregón, incluidos los subcontratistas designados, y las Subcesionarias de OHCS a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso en poder de OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) al Proveedor de servicios de energía (según se define a continuación) con el fin de administrar, monitorear, investigar y evaluar la entrega y eficiencia del programa LIHEAP/OEAP.
- Declaro que la información que proporciono para completar mi solicitud es verdadera y correcta.
- Acepto cumplir con los requisitos del programa de asistencia de energía y climatización del gobierno para los hogares elegibles.
- En caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de mi elegibilidad para estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus subcesionarias y/o contratistas.
- Acepto que soy responsable de devolver los fondos no elegibles o los fondos utilizados indebidamente.
- Autorizo y eximo de responsabilidad a OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso hasta un (1) año del programa después de mi participación en los programas LIHEAP/OEAP.

PARTE 2: AVISO, EXENCIÓN Y LIBERACIÓN DEL SOLICITANTE RELACIONADOS CON LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGÍA Y LA INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE SERVICIOS DE ENERGÍA DEL SOLICITANTE

- Entiendo que el estado de Oregon, incluidos OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias, puede solicitar información relacionada con mi cuenta (o cuentas) de servicios de energía ("Cuenta") a mi proveedor (o proveedores) de servicios de energía, incluidos la empresa de servicios, el proveedor de combustible u otra entidad similar que preste servicios similares ("Proveedor de servicios de energía"), una vez que mi hogar solicite asistencia energética a través de uno de los programas de asistencia energética, incluidos, entre otros, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregon (OEAP).
- Comprendo que la información relacionada con mi Cuenta puede ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias a fin de, entre otras cosas, determinar la elegibilidad para la asistencia energética de mi hogar, y administrar, monitorear, investigar y evaluar los programas de asistencia energética (todo ello según lo determine OHCS a su entera discreción).

Con mi firma,

- Reconozco que soy el titular de la cuenta (o el agente autorizado del titular de la cuenta) para la cuenta (o cuentas) del proveedor de servicios de energía identificada en esta solicitud.
- Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi proveedor(es) de servicios de energía a divulgar y proporcionar toda la información relacionada con mi cuenta, incluidos, entre otros, el número de cuenta, el nombre de cuenta, la dirección de servicio, las fechas de facturación y los montos cobrados, la información relacionada con acciones de cobro, otros cargos e información varios de la cuenta, u otros datos similares de la cuenta que puedan solicitar OHCS o su subcontratista designado (en adelante, "Información de la cuenta") al estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias. Comprendo y acepto que, en caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de cualquiera de estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus Subcesionarias y/o contratistas.
- Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi(s) Proveedor(es) de Servicios de Energía por dicha divulgación de la Información de mi Cuenta durante un máximo de dos (2) años del programa de asistencia energética (10/1 al 9/30) antes de mi Solicitud y durante tres (3) años del programa (10/1 al 9/30) después de que se presente mi Solicitud.
- Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias en el uso (según lo autorice OHCS a su entera discreción) de mi Información de cuenta divulgada.

PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma, por el presente, doy la autorización, aprobación y reconocimientos requeridos tanto a la PARTE 1 como a la PARTE 2 de esta SOLICITUD DE ASISTENCIA ENERGÉTICA/DE CLIMATIZACIÓN:
DIVULGACIONES Y APROBACIONES REQUERIDAS DEL SOLICITANTE.

Firma del solicitante

Fecha

PARA SOLICITUDES DE ASISTENCIA DE AGUA

ESTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO ANTES DE QUE SE PUEDA PROCESAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL AGUA.

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: _____



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 más)
- 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. Enumere las partidas de ingresos por separado. ¿Sin ingresos? Poner \$0	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