

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

HE COMPLETADO TODAS LAS ÁREAS NO GRISES DE LA SOLICITUD.

HE INCLUIDO COPIAS DE LO SIGUIENTE, SEGÚN CORRESPONDA:

- Envíe los recibos de pago recibidos en los últimos 60 días (u otra documentación de ingresos) para cada miembro del hogar que cumpla 18 años en este año calendario o que sea mayor de 18 años y **no** esté actualmente en la escuela secundaria. (Por ejemplo, talones de cheques de pago, impresión de desempleo, impresión de manutención infantil, etc. Consulte la página siguiente para obtener más información).
- Un formulario de Declaración de Ingresos Familiares (DHI) firmado y fechado que enumera a todos los miembros del hogar que tendrán 18 años o más este año calendario que **NO TIENEN INGRESOS** o recibieron **EFFECTIVO** por trabajo.
- Carta(s) de verificación de beneficios para los ingresos del Seguro Social. **NO PODEMOS** aceptar extractos bancarios como verificación. Lamentamos las molestias.
- Una copia actual de la factura de servicios públicos que requiere asistencia.
- Una copia de su factura de **ELECTRICIDAD**. Incluso si no está solicitando asistencia con electricidad, envíe una copia de su factura de electricidad. **Si su factura de servicios públicos no está a su nombre, necesitará una carta firmada por su arrendador que indique que le paga los servicios públicos directamente a ellos. Llame al 541.504.2155 o envíe un correo electrónico a ea@neighborimpact.org para solicitar la carta del propietario, si es necesario.**
- Copias de la identificación para todos los miembros del hogar mayores de 18 años.
- Copias de las tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar.

**HE FIRMADO Y FECHADO EL**

**APLICACIÓN**

(Página 4 )

**POR FAVOR, CONSULTE  
LA GUÍA DE INGRESOS →**

Household Size	Max. Monthly Gross Income*
1	\$2,785.58
2	\$3,642.67
3	\$4,499.75
4	\$5,356.83
5	\$6,213.92
6	\$7,071.00
7	\$7,231.75
8	\$7,392.42
More than 8? Add \$160.75 for each additional member	*Gross income means all household income before any deductions.

## INFORMACIÓN DE INGRESOS

Todos los miembros adultos del hogar deben proporcionar documentación de ingresos de los últimos 60 días (mínimo). Esto incluye cualquier artículo por el cual usted o cualquier otro miembro adulto del hogar reciba 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.**

Consulte la lista a continuación para obtener documentación aceptable para probar los ingresos del hogar.

**Ingresos del trabajo:** Talones de pago que muestran los montos brutos actuales de los últimos 60 días anteriores a esta solicitud. Los talones de pago deben incluir su nombre e información del empleador, incluida la dirección.

**Sin ingresos:** Cualquier miembro adulto del hogar sin ingresos debe completar un **formulario de Declaración de ingresos familiares** (ver adjunto).

**Ingresos informales:** Cualquier miembro adulto del hogar con ingresos que no puedan documentarse por medios formales (es decir, trabajos ocasionales, devoluciones de biberones, cuidado de niños, etc.) debe incluir la cantidad recibida en el mes anterior y la fuente en el **formulario de Declaración de ingresos familiares.**

**Ingresos de trabajo por cuenta propia: Complete una** hoja de trabajo de trabajo por cuenta propia **e incluya estados de cuenta bancarios para los pagos recibidos de** Trabajo por cuenta propia en el mes anterior. Llame al 541-504-2155 o envíe un correo electrónico [ea@neighborimpact.org](mailto:ea@neighborimpact.org) para obtener una hoja de trabajo de **trabajo de trabajo por cuenta propia.**

**Beneficios del Seguro Social: (SS/SSDI/SSI)** 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 para veteranos:** Su carta de adjudicación de VA más reciente que muestra el monto del beneficio otorgado. Un extracto bancario con una Declaración de Ingresos del Hogar firmada también es suficiente.

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

**Manutención de los hijos / pensión alimenticia:** Proporcione una copia impresa del Portal de manutención infantil que muestre los ingresos recibidos en los últimos 60 días. Un extracto bancario que muestre los ingresos recibidos en los últimos 60 días también es suficiente.

**Beneficios de desempleo:** Proporcione una copia impresa del Portal de desempleo con su nombre y los últimos 4 dígitos de su número de seguro social que enumere sus beneficios de desempleo durante los últimos 60 días.

**Beneficios privados de pensión / jubilación:** Proporcione una carta de adjudicación actual que muestre su beneficio bruto otorgado, o un estado de cuenta bancario reciente junto con una Declaración de ingresos familiares firmada.

**Asistencia de familiares/amigos:** Si ha recibido asistencia de familiares o amigos en los últimos 60 días, escriba la cantidad recibida en el **formulario de Declaración de ingresos familiares.**

**¿Ingresos no mencionados anteriormente?** Llame al **541-504-2155** o envíe un correo electrónico a [ea@neighborimpact.org](mailto:ea@neighborimpact.org) para determinar la documentación necesaria.

## **Ingresos del Seguro Social**

Elija UNA de las siguientes opciones para obtener una copia de su **carta de verificación de beneficios**:

1. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para solicitar una carta de reemplazo. Esto podría tomar 2-3 semanas.
2. Configure una cuenta en línea en [www.socialsecurity.gov/myaccount](http://www.socialsecurity.gov/myaccount) e imprima su carta de "Verificación de beneficios".

---

### **POR FAVOR, PÓNGASE EN CONTACTO CON NOSOTROS SI TIENE PREGUNTAS**

**LÍNEA DE AYUDA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA  
SOLICITUDES DE FAX A ENVÍE**

**541-504-2155**


**541-749-4947**

**APLICACIONES POR CORREO A**

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

**ENVÍE SUS SOLICITUDES POR CORREO ELECTRÓNICO A**

**[ea@neighborimpact.org](mailto:ea@neighborimpact.org)**

Applicant Legal Name: _____ (Last, First) _____ Authorization # _____	 <b>NeighborImpact</b> Energy Assistance & Weatherization  <b>20310 Empire Ave. Suite A100</b> <b>Bend, OR 97703</b>	Date app Rcvd. _____ Date Appl. Completed _____ <b>Códigos de Raza:</b> <b>AA</b> Afroamericano <b>AS</b> Asiático(a) <b>NA/AN</b> Nativo Americano/ Nativo de Alaska <b>NH/PI</b> Hawaiano Nativo/ Isleño del Pacífico <b>WH</b> Caucásico(a) <b>DK</b> No Se
<b>2023-2024 Temporada de Calefacción Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregon</b>		<b>Códigos de Educación:</b> <b>0-8</b> Grado <b>9-12</b> Grados no graduados <b>HSD/GED</b> Diploma de Escuela Secundaria/ GED <b>SC</b> Alguna Educación Superior <b>CG</b> 2-4 años de graduación universitaria <b>PS</b> Graduado u otro post secundaria

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

<b>INFORMACIÓN DEL CLIENTE</b>	<b>Nombre Completo de TODOS los miembros del hogar</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Género</b>	<b>Hispano S/N</b>	<b>Raza (ver más arriba)</b>	<b>Tribu</b>	<b>Educación (ver más arriba)</b>	<b>Discapacitado S/N</b>	<b>Veterano</b>	<b>Confinado en Casa S/N</b>	<b>SNAP S/N</b>	<b>OHP S/N</b>	<b>Otro Seguro Médico</b>	

Marque si el miembro del hogar es empleado de NeighborImpact, miembro de la junta directiva o familiar/amigo de alguno

**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

<b>DIRECCIÓN</b>	<b>Dirección del Hogar:</b> _____		
	Calle	Ciudad, Estado, Código Postal	Condado
	Dirección Postal: (Si es Diferente del Hogar) _____		

<b>TIPO DE VIVIENDA</b>	<b>Tipo de Vivienda (Circule uno):</b>	<b>Estado Residencial (Circule uno):</b>	<b>Tipo de Calefacción (circule lo que corresponda):</b>
	<b>H</b> Casa Para Una Sola Familia <b>M</b> Unidad Múltiple (2 a 4) <b>U</b> Unidad Múltiple (mas de 4) <b>A</b> Casa Manufacturada <b>E</b> Hotel/Motel <b>T</b> Remolque de Viaje <b>R</b> Otro	<b>R</b> Alquiler (Calefacción no Incluida) <b>E</b> Alquiler (Calefacción Incluida) <b>S</b> HUD o Section 8 (Calefacción no Incluida) <b>O</b> Propietario	<b>E</b> Eléctrico <b>W</b> Leña <b>L</b> Propano <b>S</b> Solar <b>N</b> Gas Natural <b>P</b> Pellets <b>O</b> Petróleo
			<b>Fuente de Calor Principal:</b> _____ <b>Fuente de Calor Secundaria:</b> _____ 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**

<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 ___ OEAPCEAP			Total Auth Amt \$ _____
	<input type="checkbox"/> Shut Off 0-24 Hrs				Matrix Energy Type: _____
	<input type="checkbox"/> Disconnected	___ OEAP ___ OEAPAC Other: _____  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.

_____	_____	_____	_____	Intake
Worker Signature	Date	Authorizing Agency Signature	Date	
_____	_____		2023-2024	
Data Entry Initials	Date			

**Por favor firme en la página siguiente**



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

## 2023-2024

### 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 las agencias 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 se 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, EXENCION Y RENUNCIA RELACIONADA A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGIA E INFORMATCION DE CUENTA DE SERVICIO DEL 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 facture 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 presentado doy la autorización 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



# Formulario de Declaración de Ingresos del Hogar (DHI)

Este formulario se utiliza para declarar los ingresos recibidos por los miembros del hogar mayores de 18 años que tenían **ingresos de fuentes informales O NINGÚN ingreso** durante los períodos de tiempo a continuación. **Si lo anterior no es aplicable a los miembros de su hogar, no es necesario completar este formulario.**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

### Ejemplos de fuentes informales de ingresos:

- Lata Devoluciones/Depósitos
- Trabajar por dinero en efectivo (sin cheque de pago)
- Manutención informal de niños/cónyuges
- Venta de artículos varios
- Ingresos por propiedad de alquiler
- Ayuda en efectivo recurrente de un pariente, iglesia, etc. (*informe solo si se recibe durante los últimos tres meses o más*)

Nombre del miembro del hogar de 18 años o más	ÚLTIMO MES Si firma en octubre, informe los ingresos de septiembre. Por favor, indique la <b>cantidad</b> y <b>la fuente</b> . <b>¿Sin ingresos? Por favor, ponga \$0.</b>	ÚLTIMOS 30 DÍAS Si firma el 10 de octubre, informe los ingresos del 10 de septiembre al 10 de octubre Por favor, indique <b>la cantidad</b> y <b>la fuente</b> . <b>¿Sin ingresos? Por favor, ponga \$0.</b>	ESCUELA SECUNDARIA ¿Está la persona abajo en la escuela secundaria? <b>S/N</b>
<i>EJEMPLO - John Doe</i>	<i>\$0 - Sin ingresos</i>	<i>\$30 - Devolución de latas</i>	<i>N</i>

**¿Recibió ayuda en efectivo de familiares / amigos para sus necesidades básicas, como alquiler, comida y / o servicios públicos durante los últimos 3 meses? Y N**

- **En caso afirmativo**, informe la Ayuda en efectivo como Ingreso anterior.  
*\*La solicitud se suspenderá si respondió afirmativamente y no enumera la ayuda en efectivo anterior.*
- **En caso negativo**, describa cómo se satisfacen sus necesidades básicas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifico que la información indicada es verdadera y exacta firmando este formulario. Entiendo que puede haber sanciones penales si la información falsa resulta en asistencia para la cual no soy elegible. También entiendo que proporcionar información falsa constituye un acto de fraude.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



## Formulario de prueba de residencia de LIHEAP para direcciones no estructuradas (sin hogar)

Si no puede proporcionar documentación de su dirección física mediante una factura de servicios públicos o una tarjeta de identificación, complete este formulario.

El Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) requiere un lugar para recibir asistencia.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección de residencia / descripción de la ubicación**

*\*"Homeless" no se acepta como dirección o ubicación.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifico que yo / nosotros vivimos en la residencia / ubicación indicada anteriormente.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**