SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL PAGO DE FACTURAS

ENERGY OUTREACH COLORADO

DEVOLVER A

CORREO ELECTRÓNICO | FAX | TELÉFONO

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE LEGAL COMPLETO (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDOS)

TELÉFONO DE PREFERENCIA | TELÉFONO ALTERNO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN RESIDENCIAL | CIUDAD

ESTADO | CÓDIGO POSTAL | CONDADO

IGUAL QUE ARRIBA ☐

DIRECCIÓN POSTAL | CIUDAD

ESTADO | CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Anote el **nombre y apellido de todos los miembros** adicionales de su hogar (si corresponde) y sus fechas de nacimiento.

1 NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | **4** NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO

2 NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | **5** NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO

3 NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | **6** NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR (INCLUIDO EL SOLICITANTE)

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Ingreso familiar mensual | MULTIPLIQUE POR 12 (×12) = | **Ingreso ANUAL total del hogar**

(SUME TODOS LOS INGRESOS, INCLUYENDO LA ASISTENCIA EN EFECTIVO, DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

FECHA DE NACIMIENTO | MM|DD|AAAA

GÉNERO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ NO BINARIO ☐ OTRO ☐ PREFIERO NO DECIR

ETNICIDAD ☐ HISPANA/LATINA/ESPAÑOLA ☐ NO HISPANA/LATINA ☐ DESCONOCIDA/NO REPORTADA

RAZA ☐ ASIÁTICO ☐ AFROAMERICANO ☐ HAWAIANO/ISLEÑO DEL PACÍFICO ☐ DESCONOCIDO/NO REPORTADO
☐ NATIVO INDÍGENA/DE ALASKA ☐ BLANCO ☐ MULTIRRACIAL ☐ OTRO

SITUACIÓN LABORAL ☐ TIEMPO COMPLETO ☐ MEDIO TIEMPO ☐ DESEMPLEADO ☐ JUBILADO ☐ OTRA

INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA

¿En qué tipo de casa vive? ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☐ CASA MÓVIL ☐ DUPLEX/TRIPLEX/FOURPLEX ☐ ADOSADOS

¿Es su casa propia o en alquiler? ☐ PROPIA ☐ ALQUILER

INFORMACIÓN ADICIONAL

Sus respuestas a las siguientes preguntas no afectarán su posibilidad de recibir asistencia.

¿Alguien en su casa está discapacitado? ☐ SÍ ☐ NO Veterano? ☐ SÍ ☐ NO

IDIOMA PREFERIDO: ☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ ÁRABE ☐ DARI ☐ PASHTÚ ☐ SUAHILI ☐ OTRO

¿Alguna de las situaciones siguientes han aplicado a usted en el pasado? **Marque todas las que correspondan.**

☐ Dejé de comer para poder pagar mi factura de la luz.
☐ Dejé de tomar medicamentos o buscar atención médica para poder pagar mi factura de la luz. Estuve
☐ en riesgo de desalojo porque no podía pagar mis servicios públicos.
☐ Me desalojaron porque no podía pagar mis servicios públicos.
☐ Mantuve la casa fría/caliente porque no podía pagar para calentar/enfriar mi casa a un nivel cómodo.
☐ **Ninguna**

SITUACIÓN EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS (LEAP)

¿Cuál es su situación con LEAP? Para la temporada actual de LEAP (si está abierta) o la temporada más reciente

Se recomienda a todos los solicitantes que presenten su solicitud para LEAP durante la temporada de LEAP (del 1 de noviembre al 30 de abril). Si no está seguro qué es LEAP, por favor pregunte.

☐ No se aplicó ☐ Recibió LEAP en los últimos 12 meses ☐ Solicitud denegada ☐ Solicitado, en espera de resultado

☐ No es elegible ☐ LEAP está cerrado

Si se le denegó el LEAP, ¿cuál es el motivo?

☐ No proporcionó información ☐ Excede el límite de ingresos ☐ No paga los costos de calefacción ☐ Otros ☐ No aplica

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

¿Alguien en su hogar hogar recibe alguno de los beneficios que se mencionan a continuación?

☐ Ayuda a Ciegos (AB)
☐ Ayuda a Discapacitados Necesitados (AND)
☐ Vale de opción de vivienda (Sección 8)
☐ Medicaid
☐ Medicare
☐ Ingresos del Seguro Social por Discapacidad (SSDI)
☐ SNAP (vales de alimentos)
☐ Ingresos del Seguro Social (SSA)
☐ Pensión de Vejez (OAP)
☐ Vivienda pública/Ayuda de alquiler
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Asistencia
☐ Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
☐ Discapacidad para veteranos
☐ Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
☐ **Ninguno**

INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA

¿Cuál es su principal fuente de calor? ☐ ELECTRICIDAD ☐ GAS ☐ PROPANO ☐ MADERA DIESEL ☐ CARBÓN ☐ QUEROSENO ☐ ACEITE ☐ GRÁNULOS

¿Con cuáles facturas necesita ayuda? Anote no más de dos cuentas.

Nombre del titular de la cuenta ☐ **IGUAL QUE ARRIBA**

Si corresponde, ¿por qué la cuenta no está a su nombre?

Si no es el titular de la cuenta, ¿usted está anotado en la cuenta? ☐ SÍ ☐ NO

1. Nombre de la compañía Número de cuenta

Tipo de cuenta ☐ ELECTRICIDAD ☐ GAS ☐ ELECTRICIDAD Y GAS ☐ PROPANO MADERA ☐ GRÁNULOS ☐ CARBÓN ☐ QUEROSENO ☐ ACEITE ☐ DIESEL

2. Nombre de la compañía Número de cuenta

Tipo de cuenta ☐ ELECTRICIDAD ☐ GAS ☐ ELECTRICIDAD Y GAS ☐ PROPANO MADERA ☐ GRÁNULOS ☐ CARBÓN ☐ QUEROSENO ☐ ACEITE ☐ DIESEL

SOLO PARA COMBUSTIBLES LÍQUIDOS A GRANEL

Porcentaje actual de combustible Capacidad del tanque de combustible

TIPO DE EMERGENCIA

¿Qué tipo de emergencia le sucede? Seleccione al menos una y no más de dos opciones.

☐ Mi servicio de electricidad y/o gas está cortado actualmente.
☐ Mi tanque de propano, aceite combustible **o** queroseno está vacío o se me acabó la madera, los gránulos o el carbón.
☐ Recibí un aviso de desconexión pero mi electricidad y/o gas no está desconectado. *Desconexión programada para:*
☐ Tengo un saldo vencido en mi factura de energía.

AUTORIZACIÓN Y FIRMA, AUTOCERTIFICACIÓN

Certifico que la información en esta solicitud y los documentos de respaldo son correctos y verdaderos a mi mejor saber y entender. **Reconozco que proporcionar información falsa, incorrecta o incompleta puede resultar en la suspensión permanente de mi participación en el programa y una posible responsabilidad penal.** Al firmar este documento, autorizo a Energy Outreach Colorado (EOC) y sus agencias colaboradoras que intercambien con otras entidades, tales como proveedores de energía, cualquier información esencial sobre mi caso que sea necesaria para obtener recursos para cubrir mis necesidades de ayuda. Toda información intercambiada con terceras partes se hará sin discriminación y con el respecto a mis derechos. Esta información se hará únicamente con el propósito de proveerme asistencia de energía y servicios relacionados. Además, acepto que se comuniquen conmigo sobre otros programas y servicios, como subsidios solares y aislamientos térmicos, que pudieran ayudarme a reducir mis costos de energía a largo plazo. Por el presente exonero a EOC, sus funcionarios, directores, empleados, agentes y entidades afiliadas de toda responsabilidad relacionada al suministro de la información contenida en esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA