

# SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL PAGO DE FACTURAS



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

Ingreso familiar anual: \$ (INCLUIDO EL INGRESO ANUAL DE TODOS EN EL HOGAR)

FECHA DE NACIMIENTO MM|DD|AAAA

Anote a **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

GÉNERO  MASCULINO  FEMENINO  NO BINARIO  OTRO  PREFIERO NO DECIR

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

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

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  SUAHLI  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  No es elegible  Solicitado, en espera de resultado

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 recibe alguno de los beneficios que se mencionan a continuación?

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

## INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA

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

2. Nombre de la compañía  Número de cuenta

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

## 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.

o

## 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 exoneró 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

Revisado en 9/2025