

SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS

1. INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CABEZA DEL HOGAR

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ LA SOLICITUD:

APELLIDO: NOMBRE: INICIAL: CONDADO:
DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:
DIRECCIÓN DE CORREO: (si es diferente a la primera dirección) CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR: NÚMERO CELULAR: CORREO ELECTRÓNICO:

2. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA (Una guía para llenar esta sección se encuentra al pie de la página)

NOMBRE (PRIMERO Y APELLIDO)	PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (Elige uno)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	DISCAPACIDAD (circule uno)	ASEGURANZA MEDICA	¿HISPANO, LÁTINO, O DE ORIGEN HISPANO?	RAZA	ESTADO MILITAR (circule uno)	NIVEL DE EDUCACIÓN	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
1 USE ESTA LÍNEA PARA LA PERSONA MENTIONADA ARRIBA	CABEZA DE FAMILIA		MASCULINO FEMENINO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
2			MASCULINO FEMENINO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
3			MASCULINO FEMENINO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
4			MASCULINO FEMENINO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
5			MASCULINO FEMENINO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
6			MASCULINO FEMENINO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
7			MASCULINO FEMENINO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
8			MASCULINO FEMENINO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		

CUÁNTOS MIEMBROS DEL HOGAR SON: Ciudadano Americano: Fuera del hogar: Un joven desconectado (edad: 14-24) que no asista a la escuela o trabaje:

GUÍA PARA LLENAR LA SECCIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	ASEGURANZA MEDICA	RAZA	NIVEL DE EDUCACION	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
	1 - Cabeza de familia 2 - Conyugue 3 - Hijo 4 - Hijo de crianza 5 - Nieto 6 - Hermano 7 - Padre 8 - Abuelo 9 - Otro familiar 10 - No hay parentesco	• Formato de datos: 99 / 99 / 99	• Formato No. Social: 999-99-9999 • Formato I-94: 9999999 99	1 - Medicaid 2 - Medicare 3 - Programa de aseguranza del estado para menores 4 - Aseguranza del estado para adultos 5 - Aseguranza militar 6 - Compra directa 7 - Por medio del empleo 8 - Ninguna	1 - Indio Americano 2 - Nativo de Alaska 3 - Oriental 4 - Blanco 5 - Negro o Afro Americano 6 - Nativo de Hawaii otro Isleño del Pacifico 7 - Otro 8 - Multi-raza	1 - 0-8º grado 2 - 9º a 12º grado/no graduado 3 - Graduado de la secundaria 4 - Equivalente al diploma 5- 12º grado o más escuela post secundaria 6 - Graduado de la Universidad (2- 4 años) 7 - Graduado de otra escuela post secundaria	1 - Empleado (tiempo completo) 2 - Empleado (medio tiempo) 3 - Migrante trabajador temporal del campo 4 - Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) 5 - Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) 6 - Desempleado (no en la fuerzalaboral) 7 - Jubilado

SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS

3. TIPO DE HOGAR (marque una)
PERSONA SOLTERA DOS
FAMILIA MONOPARENTAL FEMENINA
HOGAR CON AMBOS PADRES
HOGAR DE MULTIPLES GENERACIONES
ADULTOS SIN HIJOS
FAMILIA MONOPARENTAL MASCULINA
ADULTOS NO PARIENTES CON HIJOS
OTRO:

4. FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR (marque todas las que apliquen)
Para cada fuente de recursos que usted marque, debe incluir prueba de ingresos junto con la solicitud.
Para INGRESOS, provea copias de sus talones de cheque de los 30 días anteriores a esta solicitud, o proporcione una copia de su declaración de impuestos federales. Para INGRESOS de AUTOEMPLEO o INGRESOS AGRARIOS, proporcione una copia de su declaración de impuestos federales.

INGRESOS DE EMPLEO (SALARIOS)
INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AGRARIOS
INGRESOS DE JUBILACIÓN DEL SEGURO SOCIAL
PENSIÓN
SSI (INGRESO SUPLEMENTARIO DEL SEGURO SOCIAL)
SSDI (INGRESO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL)
COMPENSACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DE VETERANOS
PENSIÓN DE DISCAPASIDAD NO CONECTADA A LOS SERVICIOS DE VETERANOS
SEGURO PRIVADO DE INCAPACIDAD
COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES
SEGURO DE DESEMPLEO
ASISTENCIA DE TANF/FIP
PENSIÓN ALIMENTICIA U OTRO APOYO DE MANUTENCIÓN
ASISTENCIA GENERAL DE
NO HAY INGRESOS
¿Su hogar tiene ahorros de sobre \$50,000 (incluya: todos los ahorros y cuentas corrientes, CDs, y otras inversiones)?
¿Alguien en su familia presento una declaración de impuestos y recibido los beneficios EITC (Earned Income Tax Credit) el año pasado o este año?

5. BENEFICIOS NO MONETARIOS DEL HOGAR (marque todos las que apliquen)
SNAP (PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS)
WIC (MUJERES, INFANTES Y NIÑOS)
LIHEAP
HCV (VALE DE ELECCIÓN DE VIVIENDA)
VIVIENDA PÚBLICA
VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE
HUD-VASH (VIVIENDA SUSTENTADA POR ASUNTOS DE VETERANOS)
VALE PARA CUIDADO DE NIÑOS
SUBSIDIO LEGAL DE CUIDADO ACSESIBLE
OTRO:

6. ESTADO DE VIVIENDA (marque uno)
PROPIA
ALQUILER
OTRA VIVIENDA PERMANENTE
SIN HOGAR Si sin hogar, ¿qué es el estado actual de su vivienda?
¿Su renta, ¿sus gastos de calefacción están incluidos en su alquiler?
¿Su renta, ¿sus gastos de electricidad están incluidos en su alquiler?
¿Cuáles son su hipoteca o costos de alquiler por mes? \$

7. INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO/COMPEJO
NOMBRE:
DIRECCIÓN:
NÚMERO DE TELÉFONO:

8. TIPO DE VIVIENDA (marque uno)
CASA
CASA MOBIL
ALQUILO UNA HABITACIÓN
EL EDIFICIO TIENE 2, 3 O 4 UNIDADES
EL EDIFICIO TIENE 5 O MÁS UNIDADES
OTRO:

9. PRINCIPAL FUENTE DE CALEFACCIÓN (marque uno)
GAS NATURAL
ELECTRICIDAD
GAS PROPANO
ACEITE COMBUSTIBLE
MADERA/CARBÓN/MAÍZ
OTRO:
¿Si propano, tiene un tanque vacío o bajo (30% o menos)

10. ESTADO DE LA CUENTA DE CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD DEL HOGAR
¿Tiene un aviso de desconexión?
¿Está actualmente desconectado su servicio?
¿Tiene un arreglo de pago?
CALEFACCIÓN
ELECTRICIDAD
Debe incluir una copia de una FACTURA DE servicios de CALEFACCIÓN y de servicio de ELECTRICIDAD recientes con esta aplicación.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN
Estoy haciendo una solicitud para el Programa de Asistencia de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y/o El Programa de Asistencia para Climatización (WAP). Entiendo que mi firma en esta solicitud o mi consentimiento verbal le otorga permiso a la agencia que procesa esta solicitud para usar la información que he proporcionado para determinar la elegibilidad de mi hogar para estos programas, y para otros programas administrados por esta agencia para los cuales he solicitado.
Mi firma en esta solicitud o mi consentimiento verbal certifica, bajo pena de ley, lo siguiente: 1) Toda la información y documentación asociada con esta solicitud es correcta y completa, a mi leal saber y entender. 2) Declaro que soy la única persona en el hogar que ha completado o completará solicitud para estos programas. 3) Comprendo que si proporciono información falsa puedo ser sujeto a descalificación del programa o pena de ley. 4) Si fuera aplicable, autorizó la climatización de mi casa sin costo alguno para mí o mi familia. Esto incluye autorizar a la agencia para contactar a mi arrendador para obtener permiso para climatizar mi casa cuando corresponda. Entiendo que firmar esta solicitud no garantiza que recibiré asistencia para la climatización
Entiendo esta declaración
FIRMA
FECHA