


Aplicación para el programa de asistencia de energía - Programa para el año 2021

 COMMUNITY ACTION PROGRAM, INC. OF WESTERN INDIANA	418 Washington Street PO Box 188 Covington, IN 47932 765-793-4881 www.capwi.org	For Provider/Agency Use Only							
		Date Received:							
		Application Number:							
		<input type="checkbox"/> Mail-in <input type="checkbox"/> Appointment <input type="checkbox"/> Outreach/ Home Visit/Other							
		Household is disconnected or out of fuel: Y N							
Household has disconnect notice or less than 25% fuel left: Y N									
Household heat source is inoperable: Y N									
¿Está su servicio eléctrico/calefacción desconectado o programado para desconexión o con poco propano/petróleo/leña o electricidad prepagada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su servicio lo van a desconectar o ya está desconectado, o casi no tiene combustible, contacte a su proveedor de servicios local/agencia de acción comunitaria mencionada arriba para consultar la disponibilidad de citas de crisis. Si necesita otras opciones de emergencia, por favor llame al 211.									
Dirección física con el número del apartamento			Ciudad		Estado	Código postal		Condado	
					IN				
Dirección de correo alterna (rellenar solo si es diferente a la dirección física anterior)						Últimos 4 dígitos del Seguro Social			
						xxx-xx-			
Número de teléfono		¿Mensaje de texto?		Dirección de correo electrónico (email)			¿Podemos enviarle un email?		
<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Por favor mencione a todas las personas que residen en esta dirección y a usted mismo. Anexe una hoja separada si es necesario.									
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nac. (DD/ MM/AAAA)	Género	Raza	Estatus militar	Seguro de salud	Estatus de empleo	¿Hispano?	¿Discapacitado?	Años de escolaridad finalizados
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
Códigos de la raza: A - Asiática; B - Negra o afroamericana; I - Indio americano o nativo de Alaska; P - Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico; W - Blanca o caucásica; M - Multirracial; O - Otra			Códigos militares: A - Activo; V - Veterano; N - No tiene afiliación		Códigos de seguro de salud: A - Medicaid; B - Medicare; D - Compra directa; E - Basado en el del empleador; M - Militar; S - Estatal; O - Otro; N - Ninguno		Códigos de estatus de empleo: A - A tiempo completo; B - A tiempo parcial; C - Trabajador agrícola temporal migrante; D - Desempleado (menos de 6 meses); E - Desempleado (más de 6 meses); F - No está en la fuerza laboral; G - Jubilado		
Tipo de vivienda (por favor marque una) <input type="checkbox"/> Unidad múltiple (apartamento, condominio, dúplex, etc.) <input type="checkbox"/> Casa unifamiliar construida en el sitio <input type="checkbox"/> Casa móvil			Propiedad (por favor marque una) <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Otra: _____			Pagos de servicios públicos ¿Calefacción incluida en el alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A ¿Electricidad incluida en el alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Proveedor de electricidad: _____			
Fuente de calefacción (por favor marque una) <input type="checkbox"/> Calentador central <input type="checkbox"/> Estufa de leña <input type="checkbox"/> Calentador de zócalo <input type="checkbox"/> Calentador <input type="checkbox"/> Otro: _____			Combustible de calefacción primaria (marque uno) <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Querosén combustible <input type="checkbox"/> Otro: _____			Fuente de enfriamiento (por favor marque una) <input type="checkbox"/> AA central <input type="checkbox"/> Unidad de ventana <input type="checkbox"/> Ventilador <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____			
¿Está funcionando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Proveedor de calefacción: _____			¿Está funcionando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Por favor rellene y firme la pág. 2 – La aplicación no es válida si no contiene la firma y la fecha.

<p>Por favor indique todos los tipos de ingresos recibidos por el hogar en los últimos tres meses (por favor marque todos los que apliquen):</p> <p> <input type="checkbox"/> Empleo/Salarios <input type="checkbox"/> Seguro Social/SSDI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Trabajo autónomo <input type="checkbox"/> Intereses <input type="checkbox"/> Trabajos eventuales/ingreso irregular <input type="checkbox"/> Prestaciones por desempleo <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Otro: _____ </p>	<p>¿Pagó alguien en hogar manutención infantil en los últ. 3 meses?</p> <p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cantidad pagada cada mes: \$ _____ <i>(incluya prueba de los pagos)</i> </p>
---	--

Por favor indique todas las fuentes de ayudas que recibe el hogar (por favor marque todos los que apliquen):

Bono de elección de vivienda (Sección 8) Vivienda pública Bono de HUD VASH Vivienda de apoyo permanente
 SNAP (Estampillas para comida) Subsidio cuidado salud Bono de cuidado infantil Apoyo infantil TANF
 Crédito fiscal por ingresos devengados (EITC) Otra: _____ Ninguna

<p>¿Vive actualmente alguien en el hogar entre 14-24 años de edad que no trabaja ni va a la escuela?</p> <p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Por favor menciónelo(s): _____ </p>	<p>¿Está alguien en el hogar actualmente afiliado con esta agencia como un miembro empleado/del personal, miembro de la junta o subcontratista, o relacionado con alguno de estos miembros?</p> <p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Por favor menciónelo(s): _____ </p>
---	--

El programa de climatización ofrece medidas de ahorro de energía para reducir los montos de las facturas de servicios públicos de los residentes de Indiana con bajos ingresos en el estado. ¿Estaría su hogar interesado en ser referido a este programa? Sí No

Por favor cerciórese de rellenar totalmente cada página de esta solicitud. Anexe e incluya todos los documentos de apoyo necesarios. Estos incluyen, pero no se limitan a:

- Copia de la tarjeta del Seguro Social de cada miembro del hogar. Se puede usar una identificación real o un pasaporte de EE. UU.
- Identificación con foto emitida por el estado/gobierno federal de la persona que firma esta solicitud.
- Prueba de ingresos en los últimos (3) meses de cada miembro del hogar con 18 años de edad o más.
- Factura eléctrica más reciente, con nombre, dirección del servicio y número de cuenta.
- Factura completa más reciente de gas o combustible a granel, con nombre, dirección de servicio o entrega y número de cuenta.
- Si vive alquilado y los servicios públicos de electricidad y/o calefacción están incluidos en su alquiler, por favor incluya una declaración jurada del propietario y firmada por su propietario o un designado autorizado o un contrato de alquiler completo firmado en los últimos 24 meses. Si desea que sus beneficios se le paguen en un depósito directo, por favor contacte a su agencia de servicios local para solicitar un formulario de autorización de ACH.
- Formulario de referencia de su proveedor de servicios local.

Si tiene preguntas sobre la documentación admisible, por favor contacte a su proveedor de servicios local, mencionado al frente de esta solicitud.

Exención de responsabilidad: Certifico bajo pena de perjurio y fraude que la información provista en esta solicitud es correcta y verdadera. Entiendo que se me puede exigir que verifique estas declaraciones, y por la presente doy mi consentimiento a la agencia a la que solicito ayuda para que se ponga en contacto con las personas necesarias para verificar estas declaraciones. Soy un residente de Indiana y un solicitante del programa(s) de ayuda de energía y/o climatización. Reconozco que cualquiera de los servicios o materiales proporcionados a mi hogar serán donaciones sin consideración o pago de mi parte. Permiso al estado de Indiana y a la agencia donde solicito la ayuda obtener información de mi suplidor de energía, incluyendo aquella sobre mi uso de la energía e historial de pago. Entiendo que el estado de Indiana puede usar la información provista en este formulario para investigar, evaluar y analizar lo pertinente. También entiendo que el estado de Indiana puede usar la información provista en este formulario para ver si califico para otros programas de ayuda. Por la presente eximo al estado de Indiana, al proveedor de servicios local, u otra entidad, de cualquier responsabilidad que resulte en la ejecución de estas actividades. No he recibido ningunas garantías expresas o implícitas relacionadas con la recepción de estos servicios. También reconozco que si doy una información falsa o no divulgo cualquier información requerida en esta solicitud, puedo no ser elegible para recibir asistencia con la energía y/o climatización, y se me puede pedir que devuelva cualquier ayuda y/o beneficios recibidos en base a tal información falsa u omisión.

Los beneficios del Programa de ayuda de energía se otorgan sin distinción de raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, origen nacional, ancestros o estatus de veterano (exmiembro de las fuerzas armadas).

Firma de la persona que rellena este formulario (se requiere)	Fecha (se requiere)