

PARA: \_\_\_\_\_ **MORATORIA DE CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS**  
(Compañía de electricidad o gas natural)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

FECHA: \_\_\_\_\_

**ASUNTO: Solicitud de continuación de servicios de acuerdo con la orden de la Comisión de Servicios Públicos de Carolina del Norte del 14 de noviembre de 1979, reglas de enmienda R12-10 y R12-11.**

Solicito que mis servicios de electricidad y gas continúen hasta el 31 de marzo de \_\_\_\_\_, de acuerdo con las reglas R12-10 y R12-11.

1. Certifico que en el grupo familiar hay personas mayores de 65 años de edad o discapacitadas:

Persona mayor:

\_\_\_\_\_  
**Nombre del integrante del grupo familiar**

\_\_\_\_\_  
**Edad**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del integrante del grupo familiar**

\_\_\_\_\_  
**Edad**

Si hay una persona discapacitada en el grupo familiar, dé la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
**Nombre del integrante del grupo familiar**

\_\_\_\_\_  
**Edad**

\_\_\_\_\_  
**Descripción de la discapacidad**

¿Le ha certificado la discapacidad alguna agencia del gobierno?

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No De ser así, indique el nombre de la agencia:\_\_

2. Certifico que no puedo pagar en su totalidad mi cuenta de electricidad ( luz) o de gas. También certifico que no puedo pagar mis cuentas de gas y/o electricidad actuales y anteriores en seis cuotas mensuales. Después de pagar mis otras cuentas mensuales, no tengo los recursos necesarios.
3. Certifico que mi grupo familiar satisface los requisitos de elegibilidad del PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA POR BAJOS INGRESOS.

### CERTIFICACIÓN

Certifico que la información que se ha presentado es verdadera. Declaro que, a mi leal saber y entender, soy la única persona de mi grupo familiar que ha solicitado una continuación de servicios hasta el 31 de marzo de \_\_\_\_\_, según lo dispone la orden de la Comisión de Servicios Públicos de Carolina del Norte del 14 de noviembre de 1979. Estoy consciente de que pueden imponerse penas por medio de multas y/o cárcel por hacer declaraciones falsas. Además, estoy consciente de que aunque puedo ser elegible, llenar esta solicitud no me da derecho a ninguna asistencia bajo el PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA POR BAJOS INGRESOS.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del solicitante (letra de imprenta o a máquina)**

\_\_\_\_\_  
**(Fecha)**

\_\_\_\_\_  
**(Firma del solicitante)**

\_\_\_\_\_  
**Número de cuenta (si lo sabe)**

\_\_\_\_\_  
**Dirección de servicio**

Por medio de la presente certifico que, según la información que me ha dado el solicitante nombrado, el solicitante nombrado tiene derecho a la asistencia que solicita.

Distribución:

Original para la compañía de servicios públicos

1 copia para el solicitante

Copia para los archivos del condado

\_\_\_\_\_  
**(Agencia local administradora)**

\_\_\_\_\_  
**(Agente certificador)**

\_\_\_\_\_  
**(Fecha)**