

SOLICITUD PARA PROGRAMAS DE AYUDA PARA ENERGIA

- Programa de Intervención en Crisis
- Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos
- Programa Vecino (Energy Neighbor)
- Compartiendo el Calor
- Ayudando a Cada Miembro (Helping Each Member Cope)
- Programa Electrico de Wake (Wake Electric Round Up)

Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____ Caso del Condado No. _____

Nombre del Solicitante _____

Nombre
Inicial del segundo nombre
Apellido
Jr/Sr etc.

Dirección del Domicilio _____

Dirección Postal _____

Calle, Casilla Postal (Box) o Dirección Rural

No. de teléfono _____

Ciudad
Estado
Código Postal

Miembros del Hogar	SS #	Fecha de nacimiento:	Relación o parentesco	Raza/Género	Ciudadano de EE.UU. o Extranjero Elegible
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Hay alguien en su hogar quien es (encierre en un círculo todas las opciones que aplican):
Adulto mayor (60⁺) Deshabilitado Deshabilitado – Recibiendo servicios de DAAS

Documente las declaraciones del solicitante con relación a la situación de crisis (CIP) y liste la fuente primaria de calefacción para el Programa LIEAP. _____

Vendedor: _____ Número de Cuenta: _____

Miembro HH	Fuente de Ingresos	Monto de ingresos	Recursos

¿Reúne requisitos para recibir beneficios? Sí No (Llene la hoja de ingresos)

¿Cuál es el estatus del hogar: inquilino o propietario de vivienda? (Por favor marque una casilla)

DERECHOS CIVILES

Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color, origen nacional, edad, género, discapacidad, impedimento, creencias políticas o religión, será excluido de participar en, se le negará los beneficios de, o será de cualquier otra manera sujeto de discriminación según las disposiciones de este programa.

Entiendo que es ilegal que yo haga declaraciones falsas y que me expongo a enjuiciamiento si lo hago. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y una declaración completa de los hechos de acuerdo a mi mejor saber y entender. Otorgo permiso a la agencia para que verifique toda información necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir beneficios del Programa de Intervención en Crisis/Programa "Energy Neighbor". Entiendo que la información en este formulario puede ser verificada por autoridades estatales o federales y estoy de acuerdo con dicha revisión.

_____	_____	_____
*Firma del Solicitante	Firma del Testigo	Fecha
_____	_____	_____
Firma del Trabajador del Caso	Representante Autorizado	Fecha

*Si el solicitante no sabe firmar, debe escribir una "X" en la línea de firma en presencia de un testigo. El testigo debe firmar arriba en el lugar que se indica.

Documente los servicios que fueron prestados para satisfacer las necesidades de la familia, incluyendo referencias a otras agencias.

<p>Aprobado</p> <p>Vendedor _____</p> <p>Cantidad del Pago \$ _____</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DSS-8163 ¿archivada?</p> <p>DSS-_____ Fecha de envío _____</p> <p>Razón _____</p> <p>Referencia a otras agencias _____</p>	<p>¿El solicitante ha solicitado o recibido ayuda previamente de parte del Programa CIP o Energy Neighbor en este año?</p>
<p>Negado</p> <p>Razón: _____</p> <p>_____</p> <p>DSS-_____ Fecha de envío: _____ Referencia a otras agencias _____</p>	