

ESTADO DE CONNECTICUT -- DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
SOLICITUD DE AYUDA PARA ENERGÍA

Número de Identificación del Solicitante _____

Fecha de Solicitud _____

¿Tiene Usted una incapacidad y necesita acomodación o ayuda especial para completar esta solicitud? Sí No

Nombre del Solicitante _____ Primer Idioma _____ # de ID. Del Cliente del DSS _____
(apellido) (nombre) (inicial segundo nombre)

Dirección postal _____ Teléfono domicilio () - _____
(calle y número) (# de apto.) (ciudad o pueblo) (estado) (código postal) (código del área)

Dirección domicilio _____ Teléfono de Día () - _____
(calle y número) (# de apto.) (ciudad o pueblo) (estado) (código postal) (código del área)

Número total de Miembros del Grupo Familiar _____ Número de Personas Incapacitadas _____ Cupones de Comida (C.C.) _____ (Todos los miembros que reciben C.C.)

Incluyéndose usted primero, complete todos los espacios abajo para TODAS las personas que viven en la casa.

Nombre (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	Parentesco	# del Seguro Social	Raza	Sexo M / F	Incapacitado S o N	Edad	Fecha de Nacimiento m/d/a	Condición de Estudiante	Educación	Estado Civil	Seguro Médico S o N	WIC S o N	Veterano S o N	Recibe C.C. S o N
YO (Solicitante)	YO													

DATOS SOBRE DOMICILIO/ENERGÍA

Nota: Puede necesitarse verificación de los pagos de renta o hipoteca (si aplica). Se necesita verificación de su factura actual si usted usa energía eléctrica o gas natural.

¿Tiene una casa propia? Sí No ¿Paga una hipoteca? Sí No Si su respuesta es Sí, ¿cuál es el pago mensual de la hipoteca? \$ _____

Nombre de la compañía de Hipoteca _____ Dirección _____

¿Alquila una casa? Sí No ¿Recibe ayuda para pagar la renta? Sí No Pago de Renta Mensual (su porción) \$ _____

Nombre del Propietario o Agente o Nombre de la Compañía _____

Dirección del Propietario _____ Teléfono del Propietario () _____
(calle y número) (# de apto.) (ciudad o pueblo) (estado) (código postal) (código del área)

Nombre del Solicitante _____

¿Es usted un inquilino en la casa de otra persona? Sí No ¿Vive sin pagar renta en la casa de otra persona? Sí No Otra opción (especifique) _____

Tipo de vivienda: Vivienda unifamiliar Dúplex Vivienda de 3-5 casas Vivienda de más de 6 casas Casa rodante
 Apartamento con los suegros Otra opción (especifique) _____

Método de pago de energía: Energía incluida Energía no incluida ¿Comparte su fuente de energía o tiene un contador? _____

¿Cuál es su fuente principal de energía? Aceite Gas Natural Gas Propano Electricidad Carbón Madera Kerosén Otra opción (especifique) _____

¿Cuál es el nombre del distribuidor o empresa de servicio público de su fuente principal de energía? _____

Dirección _____ Número de la Cuenta _____

Nombre de la Compañía de Electricidad _____ Nombre de la Cuenta _____ Número de la Cuenta _____

DATOS FINANCIEROS

Nota: Se requiere verificación de ingresos (incluyendo beneficios)

FUENTES DE INGRESOS	SALARIO <i>(semanal, quincenal, mensual, etc.)</i>	MIEMBRO(S) DEL GRUPO FAMILIAR QUE RECIBE(N) INGRESOS
Sueldo de Empleo		
Asistencia Pública <i>(TANF, SAGA, State Supp., etc.)</i>		
Sustento de Menores/Pensión alimenticia		
Beneficios de Veteranos		
Compensación para Desempleados		
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)		
Beneficios del Seguro Social		
Compensación Laboral/Seguro de Incapacitación		
Jubilación/Pensiones/Anualidades		
Ingresos de Renta		
Trabajo por Cuenta Propia		
Contribuciones de Amigos/Parientes		
Cero Ingresos		
Otros		

CERTIFICACIÓN DE SOLICITUD

He leído esta solicitud, o me la han leído en un idioma que entiendo. Comprendo lo que dice la solicitud. Por ser el solicitante de mi grupo familiar, juro que todo testimonio dado por mí en esta solicitud es verdad, está correcto y completo, así como yo lo entiendo.

Estoy de acuerdo en darle al Departamento de Servicios Sociales, o a su contratista de ayuda para energía, la agencia de acción comunitaria, cualquier información, incluyendo salario e información sobre bienes, lo cual es necesario para determinar la elegibilidad de mi grupo familiar. También comprendo que la agencia de acción comunitaria o el Departamento de Servicios Sociales pueden verificar o confirmar cualquier información que se requiera para determinar mi elegibilidad para este programa. Estoy de acuerdo en que la información en esta aplicación pueda ofrecerse a mis vendedores de energía para el propósito de administración del Programa de Ayuda para Energía, y para cualquier programa que sea operado por la agencia de acción comunitaria o el DSS para lo cual yo puedo ser elegible para obtener beneficios. También doy consentimiento para que esta información sea dada a cualquier agencia gubernamental autorizada. Estoy de acuerdo en que mis vendedores de energía den información sobre mi cuenta de energía y/o uso a la agencia de acción comunitaria o al DSS. También comprendo que la información en esta aplicación puede ser usada para evaluaciones e inspecciones.

Entiendo que si me ofrecen ayuda como resultado de mi error, representación falsa o fraude, debo devolver, en su totalidad, la cantidad de ayuda ofrecida, y no seré elegible para ayuda por el resto del año del programa y por los siguientes dos (2) años. También comprendo que si he dado, a sabiendas, cualquier información falsa o incorrecta, seré sometido a prosecución y a multas por falsos testimonios y latrocinio, como se especifica en las secciones 53a-122, 53a-123, y 53a-157b de los Estatutos Generales de Connecticut. Estas multas pueden incluir prisión. También puedo ser objeto de prosecución y multas como se dan bajo la ley federal.

He recibido una copia del Aviso sobre los Derechos del Solicitante así como de la Solicitud de Disponibilidad del Servicio.

Firma del Solicitante

Testigo/Intérprete/Representante Legal

Fecha

Firma del Trabajador de Admisión

Lugar de Admisión

Juro o afirmo que las certificaciones dadas son verdad, están correctas y son fieles y comprendo que el suministro de información falsa, fraudulenta o engañosa es castigado por la ley estatal.

Firma del que Certifica

Fecha