



# ESTADO DE CONNECTICUT

## Departamento de Servicios Sociales

### SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA Y AGUA

#### Sección 1 – Solicitante del hogar (Persona 1) Cuéntenos sobre usted y su hogar.

Identificación del solicitante de asistencia para energía (a completar por la agencia)		ID de cliente de DSS (si se conoce)	Fecha de solicitud (a completar por la agencia)	
Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Número de Seguro Social	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	Idioma principal	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Dirección de correo electrónico	
Mejor número de teléfono para localizarlo	Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Número de teléfono alterno	Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
Dirección de casa/ servicio, Apartamento #		Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección postal (si es diferente de la dirección postal de su casa)		Ciudad	Estado	Código Postal
¿Necesita adaptaciones razonables o ayuda adicional para obtener beneficios debido a una discapacidad o impedimento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, describa su condición y la ayuda que necesita:		
# de personas en el hogar:	# de personas discapacitadas en el hogar:	Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Ninguno		
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Indio americano/ nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/ otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): <input type="checkbox"/> Prefiere no responder			
<b>Origen étnico</b>	¿Se identifica como hispano, latino o de origen español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere no responder			
<b>Elegibilidad categórica</b>	<i>Verifique todo lo que recibe, si corresponde:</i> <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> CEAP/ Asistencia para Energía <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/TANF) <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados			
<b>Estatus de estudiante</b>	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante menos que a tiempo completo	¿Último grado o nivel de educación completado, incluyendo la escuela vocacional?		
<b>Situación laboral</b>	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Desempleado ( menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (no en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Jubilado			

#### Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 2) Cuéntenos sobre este miembro de su hogar.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Número de Seguro Social		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	Idioma principal	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Dirección de correo electrónico	
¿Esta persona necesita adaptaciones razonables o ayuda adicional para obtener beneficios debido a una discapacidad o impedimento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, describa la condición y la ayuda necesaria:		
¿Cuál es la relación de esta persona con el Solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Ninguno		
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Indio americano/ nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/ otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): <input type="checkbox"/> Prefiere no responder			
<b>Origen étnico</b>	¿Se identifica como hispano, latino o de origen español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere no responder			
<b>Elegibilidad categórica</b>	<i>Verifique todo lo que recibe, si corresponde:</i> <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> CEAP/ Asistencia para Energía <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/TANF) <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados			
<b>Estatus de estudiante</b>	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante menos que a tiempo completo	¿Último grado o nivel de educación completado, incluyendo la escuela vocacional?		
<b>Situación laboral</b>	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Desempleado ( menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (no en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Jubilado			

**Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 3)** Cuéntenos sobre este miembro de su hogar.

Nombre ( <i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i> )		Número de Seguro Social	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	Idioma principal	Fecha de nacimiento ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	Dirección de correo electrónico
¿Esta persona necesita adaptaciones razonables o ayuda adicional para obtener beneficios debido a una discapacidad o impedimento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, describa la condición y la ayuda necesaria:	
¿Cuál es la relación de esta persona con el Solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Ninguno	
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Indio americano/ nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/ otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): <input type="checkbox"/> Prefiere no responder		
<b>Origen étnico</b>	¿Se identifica como hispano, latino o de origen español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere no responder		
<b>Elegibilidad categórica</b>	<i>Verifique todo lo que recibe, si corresponde:</i> <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> CEAP/ Asistencia para Energía <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/TANF) <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados		
<b>Estatus de estudiante</b>	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante menos que a tiempo completo	¿Último grado o nivel de educación completado, incluyendo la escuela vocacional?	
<b>Situación laboral</b>	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Desempleado ( menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (no en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Jubilado		

**Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 4)** Cuéntenos sobre este miembro de su hogar.

Nombre ( <i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i> )		Número de Seguro Social	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	Idioma principal	Fecha de nacimiento ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	Dirección de correo electrónico
¿Esta persona necesita adaptaciones razonables o ayuda adicional para obtener beneficios debido a una discapacidad o impedimento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, describa la condición y la ayuda necesaria:	
¿Cuál es la relación de esta persona con el Solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Ninguno	
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Indio americano/ nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/ otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): <input type="checkbox"/> Prefiere no responder		
<b>Origen étnico</b>	¿Se identifica como hispano, latino o de origen español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere no responder		
<b>Elegibilidad categórica</b>	<i>Verifique todo lo que recibe, si corresponde:</i> <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> CEAP/ Asistencia para Energía <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/TANF) <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados		
<b>Estatus de estudiante</b>	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante menos que a tiempo completo	¿Último grado o nivel de educación completado, incluyendo la escuela vocacional?	
<b>Situación laboral</b>	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Desempleado ( menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (no en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Jubilado		

**Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 5)** Cuéntenos sobre este miembro de su hogar.

Nombre ( <i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i> )		Número de Seguro Social	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	Idioma principal	Fecha de nacimiento ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	Dirección de correo electrónico
¿Esta persona necesita adaptaciones razonables o ayuda adicional para obtener beneficios debido a una discapacidad o impedimento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, describa la condición y la ayuda necesaria:	
¿Cuál es la relación de esta persona con el Solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Ninguno	

<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Indio americano/ nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/ otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no responder		
<b>Origen étnico</b>	¿Se identifica como hispano, latino o de origen español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere no responder		
<b>Elegibilidad categórica</b>	<i>Verifique todo lo que recibe, si corresponde:</i> <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> CEAP/ Asistencia para Energía <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/TANF) <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados		
<b>Estatus de estudiante</b>	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante menos que a tiempo completo	¿Último grado o nivel de educación completado, incluyendo la escuela vocacional?	
<b>Situación laboral</b>	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Desempleado ( menos de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleados (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (no en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Jubilado		

Si necesita agregar personas adicionales que viven en su hogar, adjunte una hoja de papel separada con su información junto con este formulario.

## Sección 2 – DATOS FINANCIEROS DE LOS HOGARES

Proporcione pruebas de todos los ingresos del hogar, incluyendo los beneficios, que se informan a continuación (ejemplos de pruebas incluyen: talones de pago, estados de cuenta bancarios, verificación de beneficios, carta de la Administración del Seguro Social, cartas de los miembros de la familia).

Fuente de ingresos	Miembro del hogar	Frecuencia de ingresos (semanal, quincenal, mensual, etc.)	Monto de los ingresos
Salarios de empleo			
Salarios de empleo			
Salarios de empleo			
Compensación por desempleo			
Compensación por desempleo			
Beneficios del Seguro Social / SSI			
Beneficios del Seguro Social / SSI			
Trabajo por cuenta propia			
Trabajo por cuenta propia			
Asistencia en efectivo (TFA, SAGA, suplemento estatal, Refugiado)			
Manutención de menores / Pensión alimenticia			
Contribuciones de amigos / familiares			
Jubilación / Pensiones / A anualidades			
Ingresos por alquiler			
Beneficios para veteranos			
Compensación al Trabajador / Seguro de Discapacidad			
Cero ingresos (llene y firme el formulario de Cero ingresos)			
Otro			
Otro			

### Sección 3 – INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

El solicitante debe presentar documentación que demuestre que la calefacción o el agua/ alcantarillado están incluidos en el alquiler (si corresponde).

¿Usted u otro miembro de la familia dueño de su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está pagando una hipoteca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuál es el pago mensual?		
¿Alquilan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive en viviendas subsidiadas (sección 8 u otra vivienda pública)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuál es su parte del pago mensual del alquiler?		
Propietario o Agente o Nombre de la Compañía (se requiere completar si usted alquila)		Teléfono del Propietario/ Agente/ Compañía		
Dirección del Propietario o Agente o de la Compañía		Ciudad	Estado	Código postal
¿Es usted un habitante de la casa de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive usted gratis en la casa de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> Unifamiliar <input type="checkbox"/> Dos familias <input type="checkbox"/> 3 a 5 unidades <input type="checkbox"/> Más de 6 unidades <input type="checkbox"/> Casa móvil <input type="checkbox"/> Unidad de vivienda accesoria <input type="checkbox"/> Otros (Especifique):			

### Sección 4 – INFORMACIÓN SOBRE LA CALEFACCIÓN

Complete esta sección si está solicitando asistencia para energía. Se requiere prueba de su factura de servicios públicos actual si calienta con electricidad o gas natural.

¿Cuál es su método para pagar por la calefacción? <input type="checkbox"/> Calefacción incluida en alquiler <input type="checkbox"/> Pago al proveedor	¿Su tanque de combustible se comparte con otro hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fuente primaria de calor	<input type="checkbox"/> Petróleo <input type="checkbox"/> Gas Natural <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Otros (Especifique):		
¿Cuál es el nombre de su distribuidor de combustible de fuente de calor principal o compañía de servicios públicos?	Nombre en la cuenta de calefacción principal	Número de cuenta	
Nombre de la compañía eléctrica	Nombre en la cuenta	Número de cuenta	
¿Tiene un aviso de desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está desconectado actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de desconexión	

### Sección 5 – INFORMACIÓN SOBRE EL AGUA

Complete esta sección si está solicitando asistencia para agua. Se requiere prueba de su factura de agua actual.

¿Es usted responsable del pago del servicio de agua de su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su medidor de agua se comparte con varios hogares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es el nombre de su proveedor de agua?	Nombre en la cuenta	Número de cuenta
¿Tiene un aviso de desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está desconectado actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de desconexión

### Sección 6 – INFORMACIÓN SOBRE AGUAS RESIDUALES / ALCANTARILLADO

Complete esta sección si está solicitando asistencia para aguas residuales / alcantarillado. Se requiere prueba de su factura actual de servicios de aguas residuales / alcantarillado.

¿Es usted responsable del pago de los servicios de aguas residuales / alcantarillado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sus servicios de aguas residuales / alcantarillado se comparten con otro hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es el nombre de su proveedor de servicios de aguas residuales / alcantarillado?	Nombre en la cuenta	Número de cuenta
¿Tienes un aviso de desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está desconectado actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de desconexión

**PARA COMPLETAR SU SOLICITUD DEBE**

**LEER Y FIRMAR LA CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

## Sección 7 – CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Debe leer y firmar esta sección para que su solicitud sea revisada y se determine la elegibilidad.

Certifico que he leído este formulario. Entiendo lo que hay en este formulario. Como solicitante de mi hogar, afirmo que todas las declaraciones hechas por mí en esta solicitud son verdaderas, correctas y completas a mi entender. Entiendo que solo los ciudadanos de los Estados Unidos o los extranjeros calificados pueden ser elegibles para recibir beneficios federales de asistencia de energía o agua y aguas residuales / alcantarillado.

Acepto proporcionar al Departamento de Servicios Sociales (DSS) y sus subcontratistas, las agencias de acción comunitaria (CAA), cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad de mi hogar para el Programa de Asistencia para Energía de Connecticut (CEAP) y el Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos. (LIHWAP), incluyendo salarios y facturas a mi nombre como jefe de hogar o el nombre de un miembro del hogar que tenga dieciocho años de edad o más. Autorizo al DSS y a las CAA a proporcionar mi nombre, información de cuenta de servicios públicos y estado de elegibilidad de CEAP y/o LIHWAP, a mi proveedor de calefacción, agua potable, aguas residuales y/o servicios públicos con el fin de administrar estos programas y otros programas operados por las CAA o el estado de Connecticut para el cual puedo ser elegible.

También acepto que la información de elegibilidad de CEAP incluida en esta solicitud se puede proporcionar al Departamento de Energía y Protección Ambiental del Estado con el fin de determinar la elegibilidad para los servicios de climatización del USDOE. Además, entiendo que la agencia de acción comunitaria o el estado de Connecticut pueden verificar o confirmar cualquier información requerida para determinar mi elegibilidad para estos programas. Reconozco que esta información puede ser proporcionada a agencias gubernamentales federales y estatales o contratistas de programas, para propósitos de administración del programa. Acepto que mis proveedores de energía, agua potable y aguas residuales proporcionen a las CAA o al estado de Connecticut información sobre mis cuentas y/o uso de energía, agua o aguas residuales. También entiendo que la información en esta solicitud se puede usar en conjunto para evaluaciones y encuestas por parte de las CAA, el estado de Connecticut y las agencias gubernamentales federales y estatales.

Entiendo que, si se me otorga asistencia debido a un error intencional, tergiversación o fraude, debo reembolsar, en su totalidad, el monto de la asistencia brindada y no seré elegible para recibir asistencia por el resto del año del programa y por los siguientes dos (2) años. También entiendo que, si he dado a sabiendas información falsa o incorrecta, puedo estar sujeto a enjuiciamiento y sanciones por declaraciones falsas y hurto, según se especifica en §§ 53a-122, 53a-123 y 53a-157b de los Estatutos Generales de Connecticut. Estas sanciones pueden incluir el encarcelamiento. También puedo estar sujeto a enjuiciamiento y sanciones previstas por la ley federal.

He recibido una copia del formulario de Aviso de Derechos del Solicitante y Disponibilidad del Servicio.

### Al firmar, estoy de acuerdo en que:

- He leído este formulario o me lo han leído en un idioma que entiendo, y que debo cumplir con estas reglas.
- La información que estoy dando es verdadera y completa a mi mejor saber y entender.
- Podría ir a la cárcel o ser obligado a pagar multas si a sabiendas doy información incorrecta o incompleta; y
- El DSS y otros funcionarios federales, estatales y locales pueden verificar (comprobar) cualquier información que proporcione.

Nombre completo del solicitante del hogar en letra de imprenta	Firma del solicitante del hogar	Fecha
--	---------------------------------	-------

**Designar un Representante Autorizado.** Puede designar a una persona para que lo ayude con su formulario de solicitud y para que lo ayude a obtener, usar o mantener sus beneficios. Si desea designar a una persona para que lo ayude, complete esta sección con su representante elegido.

Designo a la siguiente persona como persona responsable para que me ayude a solicitar Asistencia para Energía o Agua y para que me ayude con todos los aspectos de este proceso de solicitud y elegibilidad, que incluye informar cambios y recibir avisos en mi nombre. Esta persona conoce mis circunstancias lo suficientemente bien como para responder preguntas y actuará en mi mejor interés.

Nombre del representante autorizado designado (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)	Número de teléfono
---	--------------------

Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Nombre completo del solicitante en letra de imprenta	Firma del solicitante	Fecha
--	-----------------------	-------

**ACUERDO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO:** Como Representante Autorizado, acepto (1) completar y enviar los formularios de solicitud y renovación; (2) recibir copias de los avisos y otras comunicaciones del DSS y la Agencia de Acción Comunitaria (CAA); y (3) actuar en nombre del solicitante en todos los asuntos con el DSS y la CAA. Acepto cumplir con todas estas responsabilidades en la misma medida que la persona a la que represento, y que puedo ser considerado responsable de la información incorrecta que le doy al DSS o la CAA mientras actúo como representante autorizado. También acepto mantener, o estar legalmente obligado a mantener, la confidencialidad de cualquier información que reciba del DSS o de la CAA con respecto a la persona. Acepto actuar como representante autorizado hasta que el solicitante le diga al DSS o a la CAA, por escrito o verbalmente, que ya no quiere que lo haga, o hasta que yo le informe al DSS o la CAA, por escrito o verbalmente, que ya no quiero actuar como representante autorizado.

**Haga que cualquier representante(s) autorizado(s) escriba su nombre en letra de imprenta, firme y feche a continuación.**

Nombre completo del representante autorizado	Firma del representante autorizado	Fecha
--	------------------------------------	-------

**Sección 8 – Sólo para uso de la oficina.** Esta sección será completada por la Agencia de Acción Comunitaria.

Revisor de la Agencia de Acción Comunitaria	Firma del revisor	Fecha
---	-------------------	-------