



W-1104  
(Rev. 8/23)

# ESTADO DE CONNECTICUT

## Departamento de Servicios Sociales

# SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

### Materiales requeridos para la solicitud

---

**Formulario de Solicitud de Asistencia para Energía completado** (páginas 1-6 de este documento)

#### Documentación de servicios públicos:

Proporcione una copia de su factura de calefacción más reciente (si solicita asistencia para calefacción), factura de electricidad (si solicita asistencia para calefacción) o una copia de su contrato de arrendamiento que muestre que los servicios públicos están incluidos en el alquiler

#### Documentación de ingresos

Si usted o alguien en su hogar actualmente recibe el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), la Asistencia Familiar Temporal (TFA / TANF), la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), el Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) y/o la Asistencia en Efectivo para Refugiados, cumple automáticamente con los requisitos de ingresos y no necesita presentar comprobante de ingresos. (Nota: Los hogares asociados con SSI deben proporcionar documentación que demuestre haber recibido SSI). De lo contrario, debe presentar lo siguiente **para cada miembro de su hogar**:

**Ingresos de empleo:** Copia de talones de pago que muestren ingresos de los últimos 30 días o 4 semanas consecutivas en cualquier momento de los últimos 3 meses, o una carta firmada del departamento de nóminas/empleador que indique los ingresos en este período de tiempo

**Ingresos por trabajo independiente:** Hoja de trabajo de trabajo independiente completada (descargar en [www.ct.gov/heatinghelp](http://www.ct.gov/heatinghelp)) y la declaración de impuestos federales más reciente, incluyendo todos los anexos (Formulario 1040 del IRS).

**Ingresos adicionales:** Carta(s) de notificación de beneficios, un estado de cuenta bancario que muestre depósitos directos para la Seguridad Social y/o declaración(es) firmada(s) de personas que contribuyen al ingreso. Consulte el 'Aviso de Derechos del Solicitante' adjunto para instrucciones detalladas."

#### Documentos adicionales (descargar en [www.ct.gov/heatinghelp](http://www.ct.gov/heatinghelp))

**Formulario de Cero Ingresos:**  
· Complete este formulario si su hogar no ha tenido ingresos durante al menos las últimas 4 semanas

**Declaración jurada que certifique la falta de recepción del pago de manutención de menores:**  
· Complete este formulario si en su hogar hay niños que tienen uno o más padres sin custodia que no pagan manutención de sus hijos

**Certificación de Discapacidad:**  
· Complete este formulario si usted o un miembro de su hogar es una persona con una discapacidad que no recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o el Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos o Discapacitados, o el Ingreso por Discapacidad del Seguro Social.

Devuelva todos los formularios y la documentación, incluida esta lista de verificación, a su Agencia de Acción Comunitaria (CAA) local por correo electrónico, correo postal o entrega en persona. Si tiene alguna pregunta, llame a su CAA local.

Para encontrar su CAA local, visite el sitio [www.ct.gov/heatinghelp](http://www.ct.gov/heatinghelp) o llame al 2-1-1

**Sección 1 – Solicitante del hogar (Persona 1)** Cuéntenos acerca de usted y su hogar.

Identificador del solicitante de asistencia para energía (debe ser completado por la agencia)		Identificador de cliente DSS (si se conoce)		Fecha de solicitud (debe ser completado 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"/> Opta por no responder		Lengua materna	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		Dirección de correo electrónico
Número de teléfono		Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Número de teléfono alternativo	
				Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
Dirección Residencial o de Servicio, Número de Apartamento			Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección postal (si es diferente de la dirección particular)			Ciudad	Estado	Código Postal
¿Usted o alguien más en su hogar 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:		

Número de personas en el hogar:	Número de personas con discapacidad en el hogar:	Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> En 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/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Opta por no responder				
<b>Origen étnico</b>	¿Se identifica como hispano, latino o español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Opta por no responder				
<b>Elegibilidad categórica</b>	<i>Marque si recibe:</i> <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/ TANF)				
<b>Estatus como estudiante</b>	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial		Último grado o nivel educativo completado, incluida 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 (<6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (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"/> Opta por no responder		Lengua materna	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		Dirección de correo electrónico

¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> En 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/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Opta por no responder				
<b>Origen étnico</b>	¿Se identifica como hispano, latino o español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Opta por no responder				
<b>Elegibilidad categórica</b>	<i>Marque si recibe:</i> <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/ TANF)				
<b>Estatus como estudiante</b>	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial		Último grado o nivel educativo completado, incluida 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 (<6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (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"/> Opta por no responder	Lengua materna	Fecha de nacimiento ( <i>dd/mm/aaaa</i> )	Dirección de correo electrónico
¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> En 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/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Opta por no responder		
<b>Origen étnico</b>	¿Se identifica como hispano, latino o español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Opta por no responder		
<b>Elegibilidad categórica</b>	<i>Marque si recibe:</i> <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/ TANF)		
<b>Estatus como estudiante</b>	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial	Último grado o nivel educativo completado, incluida 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 (<6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (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"/> Opta por no responder	Lengua materna	Fecha de nacimiento ( <i>dd/mm/aaaa</i> )	Dirección de correo electrónico
¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> En servicio <input type="checkbox"/> 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/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Opta por no responder		
<b>Origen étnico</b>	¿Se identifica como hispano, latino o español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Opta por no responder		
<b>Elegibilidad categórica</b>	<i>Marque si recibe:</i> <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/ TANF)		
<b>Estatus como estudiante</b>	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial	Último grado o nivel educativo completado, incluida 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 (<6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (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"/> Opta por no responder	Lengua materna	Fecha de nacimiento ( <i>dd/mm/aaaa</i> )	Dirección de correo electrónico
¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> En 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/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Opta por no responder		
<b>Origen étnico</b>	¿Se identifica como hispano, latino o español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Opta por no responder		
<b>Elegibilidad categórica</b>	<i>Marque si recibe:</i> <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/ TANF)		
<b>Estatus como estudiante</b>	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial	Último grado o nivel educativo completado, incluida 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 (<6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (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 – INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

Complete esta sección si está solicitando asistencia para energía y/o agua. Solo los inquilinos deben completar las casillas del arrendador.

¿Cuál es su situación de vivienda? <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario <input type="checkbox"/> Inquilino / huésped en la casa de otra persona		¿Qué tipo de vivienda ocupa? <input type="checkbox"/> Unifamiliar <input type="checkbox"/> Bifamiliar <input type="checkbox"/> 3 a 5 Unidades <input type="checkbox"/> 6+ Unidades <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Unidad habitacional adicional <input type="checkbox"/> Otro		
¿Ha vivido en su residencia actual durante al menos un año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha utilizado el mismo proveedor de calefacción o compañía de servicios públicos durante al menos un año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		
¿Está interesado en servicios de climatización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del arrendador, agente o compañía		Teléfono del arrendador, agente o compañía	
Dirección del arrendador, agente o compañía		Ciudad	Estado	Código postal

## Sección 3 – INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO DE ENERGÍA

Complete esta sección y adjunte la documentación (consulte 'Lista de verificación de la solicitud' para obtener instrucciones) si está solicitando asistencia para energía. Proporcione el nombre de la compañía, el nombre de la cuenta y el número de cuenta si paga a un proveedor por calefacción y/o electricidad; de lo contrario, déjelo en blanco.

¿Cuál es su método para pagar la calefacción? <input type="checkbox"/> Calefacción incluida en el alquiler <input type="checkbox"/> Pago al proveedor		¿Cuál es su método para pagar la electricidad? <input type="checkbox"/> Electricidad incluida en el alquiler <input type="checkbox"/> Pago al proveedor	
¿Cuál es su principal fuente de calor? <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Otro		¿Su tanque de combustible se comparte con otro hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Fuente de calor primaria: Nombre del distribuidor de combustible o de la compañía de servicios públicos	Nombre de la cuenta de calefacción principal		Nº de cuenta
Nombre de la compañía eléctrica	Nombre en la cuenta		Nº de cuenta

## Sección 6 – INFORMACIÓN SOBRE LA CARGA ENERGÉTICA

Complete esta sección si está solicitando asistencia para energía. Nota: Si su calefacción está incluida en el alquiler, **no tiene que completar la Sección 6.**

Desconexión de calefacción	¿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
	¿Puede pagar a la compañía de calefacción para evitar la desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	¿Puede pagar a la compañía de calefacción para que restablezca sus servicios de calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Desconexión de electricidad	¿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
	¿Puede pagar a la compañía eléctrica para evitar la desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	¿Puede pagar a la compañía eléctrica para que restablezca sus servicios eléctricos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
¿Tiene actualmente menos de un cuarto de tanque de combustible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	¿Su sistema de calefacción está actualmente en funcionamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	¿Puede pagar para reparar o reemplazar su sistema de calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	

## Sección 7 – DATOS FINANCIEROS DEL HOGAR

Complete la siguiente tabla y adjunte un comprobante de ingresos (consulte 'Lista de verificación de la solicitud' para obtener instrucciones). Nota: Si usted o alguien en su hogar actualmente recibe alguno de los beneficios enumerados en "Elegibilidad categórica" arriba (es decir, SNAP, TFA/ TANF, SSI, Subsidio Estatal y/o Asistencia en Efectivo para Refugiados), cumple automáticamente con los requisitos de ingresos y **no tiene que completar la Sección 7.**

Tipo de ingreso	Fuente de ingresos	Miembro del hogar	Frecuencia de ingresos (por ejemplo, semanal, quincenal, mensual)	Monto de los ingresos
<b>Empleo</b>	Salarios de un trabajo			
	Salarios de un trabajo			
	Salarios de un trabajo			
<b>Trabajo por cuenta propia</b>	Salarios de trabajo por cuenta propia			
	Salarios de trabajo por cuenta propia			
	Compensación por desempleo			
<b>Ingresos adicionales</b>	Compensación por desempleo			
	Beneficios del Seguro Social / SSI			
	Beneficios del Seguro Social / SSI			
	Manutención de los hijos / Pensión alimenticia			
	Contribuciones de amigos / familiares			
	Jubilación / Pensiones / A anualidades			
	Ingresos por alquiler			
	Beneficios para veteranos			
	Compensación al trabajador / Seguro por discapacidad			
	Otro: _____			
	Otro: _____			

**PARA COMPLETAR SU SOLICITUD, DEBE LEER Y FIRMAR LA CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

## Sección 8 – CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Debe leer y firmar esta sección para que se revise su solicitud y se determine su 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 leal saber y entender. Entiendo que solo los ciudadanos de los Estados Unidos o los extranjeros calificados pueden ser elegibles para recibir beneficios federales de asistencia para energía.

Estoy de acuerdo en proporcionar al Departamento de Servicios Sociales (DSS) y sus subcontratistas, las Agencias de Acción Comunitaria (CAA), toda la información necesaria para determinar la elegibilidad de mi hogar para el Programa de Asistencia para Energía de Connecticut (CEAP). Esto incluye salarios y facturas a mi nombre como líder de la familia o a nombre de un miembro de la familia que tenga dieciocho años de edad o más. Autorizo al DSS y a las CAA a proporcionar mi nombre, información de la cuenta de servicios públicos y estado de elegibilidad de CEAP a mi proveedor de calefacción y/o servicios públicos para fines de administración de estos programas y otros programas operados por las CAA o el Estado de Connecticut para los cuales puedo ser elegible. Acepto que la información que proporciono puede ser compartida con el Departamento de Energía y Protección Ambiental de Connecticut con el fin de determinar la elegibilidad para los servicios de climatización. 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 fines de administración del programa. Acepto que mi proveedor de energía proporcione a los CAA o al estado de Connecticut información sobre mi consumo de energía. También entiendo que la información de esta solicitud puede ser utilizada en conjunto para evaluaciones y encuestas por parte de la CAA, el estado de Connecticut y las agencias gubernamentales federales y estatales.

Entiendo que si se me concede asistencia debido a un error intencional, tergiversación o fraude, debo reembolsar, en su totalidad, el monto de la asistencia proporcionada, 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, como se especifica en §§ 53a-122, 53a-123 y 53a-157b de los Estatutos Generales de Connecticut. Estas penalidades 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, acepto 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 doy es verdadera y completa, a mi leal saber y entender.
- Podría ir a prisión o tener que pagar multas si a sabiendas doy información incorrecta o incompleta; y
- el DSS y otros funcionarios federales, estatales y locales pueden verificar (revisar) cualquier información que proporcione.

Escriba el nombre completo del solicitante del hogar	Firma del solicitante del hogar	Fecha
--	---------------------------------	-------

**Designación de un representante autorizado.** Puede designar a una persona para que le ayude con su formulario de solicitud y para que le ayude a obtener, usar o mantener sus beneficios. Si desea designar a una persona para que lo ayude, complete esta sección con el representante que elija.

Designo a la siguiente persona como persona responsable para que me ayude a solicitar la Asistencia para Energía y para que me ayude con todos los aspectos de esta solicitud y proceso de elegibilidad, lo que incluye informar los 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	
Dirección de la casa	Ciudad	Estado	Código Postal
Escriba el nombre completo del solicitante	Firma del solicitante	Fecha	

**ACUERDO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:** Como Representante Autorizado, acepto (1) completar y enviar los formularios de solicitud y renovación; (2) recibir copias de avisos y otras comunicaciones del DSS y de 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 proporcione al DSS o a la CAA mientras actúo como representante autorizado. También acepto mantener, o estar legalmente obligado a mantener, la confidencialidad de cualquier información que obtenga 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 diga al DSS o la CAA, por escrito o verbalmente, que ya no quiero actuar como representante autorizado.

**Pida que cualquier representante autorizado escriba su nombre en letra de imprenta, firme y feche a continuación.**

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

**Sección 8 – Solo 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
---	-------------------	-------

\* \* LEA Y GUARDE ESTE AVISO \* \*

**USTED ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA PARA ENERGÍA**

Este aviso contiene la información que necesitará para comprender sus derechos y los servicios que puede recibir del Programa de Asistencia para Energía de Connecticut (CEAP)

**FECHAS IMPORTANTES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA DE CONNECTICUT (CEAP)**

1 de noviembre de 2023	Primer día para entregas de combustible que pueden ser pagadas por el programa.
1 de abril de 2024	Fecha límite para autorizaciones o entregas de combustible.
31 de mayo de 2024	Último día en que un hogar puede presentar una solicitud para establecer su elegibilidad para los beneficios.
17 de junio de 2024	Último día para presentar las facturas de combustible entregable.

Su hogar está solicitando asistencia para energía. El programa es financiado por el Departamento de Servicios Sociales (DSS) y operado por la Red de las Agencias de Acción Comunitaria (CAA). La asistencia sólo puede proporcionarse si se dispone de fondos. Todas las solicitudes enviadas por correo deben tener el matasellos antes del 31 de mayo de 2024, y las solicitudes en línea deben enviarse antes de las 11:59 p.m. del 31 de mayo de 2024 para ser evaluadas para la elegibilidad del programa. **Estos no son programas garantizados.**

Usted tiene derecho a recibir un aviso de determinación con matasellos dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la recepción o presentación en línea de su solicitud por parte de una CAA (excluyendo los días festivos designados por el estado). Si no recibe un aviso de determinación dentro de los cuarenta y cinco (45) días, llame a la CAA donde presentó la solicitud.

Usted tiene derecho a una revisión administrativa si: se le ha denegado la asistencia; no se le notifica una decisión dentro de los cuarenta y cinco (45) días; o se le niegan algunos o todos sus beneficios. Cualquier solicitud de revisión administrativa debe hacerse por escrito al director ejecutivo de la agencia de acción comunitaria a la que está haciendo esta solicitud. Las solicitudes de revisiones administrativas deben enviarse dentro de los sesenta (60) días posteriores al acontecimiento, el descubrimiento del acontecimiento o antes del 30 de septiembre de 2024, lo que ocurra primero.

Si no está satisfecho con los resultados de la revisión administrativa, tiene derecho a una audiencia imparcial. Una solicitud de audiencia imparcial debe enviarse por correo al Departamento de Servicios Sociales, Oficina de Audiencias Administrativas, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105 o por fax al (860) 424-5729, dentro de los sesenta (60) días posteriores a la decisión de la revisión administrativa.

**ELEGIBILIDAD**

La elegibilidad para los beneficios se basa en el ingreso total anual bruto del hogar y el tamaño del hogar. Los beneficios están disponibles para los hogares cuyos ingresos no superan el 60% del ingreso medio estatal, es decir:

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso anual	\$41,553	\$54,338	\$67,124	\$79,910	\$92,695	\$105,481	\$107,878	\$110,275

Puede establecer la elegibilidad de ingresos proporcionando comprobantes de ingresos para todos los miembros del hogar, específicamente:

- **Ingresos laborales:** Proporcione documentación de ingresos de los 30 días previos a la fecha de la solicitud o de cuatro (4) semanas consecutivas dentro de los tres meses previos a la fecha de la solicitud.
- **Ingresos de trabajo por cuenta propia:** Proporcione documentación de ingresos de seis (6) o doce (12) meses calendario completos y la declaración de impuestos federales más reciente (Formulario 1040) con todos los anexos correspondientes, incluidos C, D, E, SE, K, etc.).
- **Ingresos adicionales:** El comprobante requerido depende del tipo de ingreso, es decir,
  - ○ Seguro Social, desempleo o beneficios para veteranos: carta(s) de adjudicación, estado de cuenta que muestre depósitos directos o copia de un cheque reciente
  - ○ Contribuciones de amigos/ familiares: Declaración firmada de amigos/ familiares que estén contribuyendo a los ingresos de su hogar
  - ○ Pensiones o anualidades: Declaración o declaración firmada (en su membrete) de la fuente de ingresos
  - ○ Ingresos por alquiler: Copia de un cheque reciente, talón de alquiler o contrato de arrendamiento
  - ○ Pensión alimenticia, manutención de los hijos o beneficios de adopción: Estado de cuenta bancario que muestre los depósitos directos del Seguro Social.

Cualquier hogar que realice pagos directos al proveedor por calefacción y en el que un miembro del hogar participe en uno o más de los siguientes programas de asistencia se considera "categóricamente elegible" y se considerará automáticamente elegible según los ingresos para recibir asistencia energética a un nivel de beneficio no inferior al proporcionado para hogares con ingresos entre el 0% y el 125% de las pautas federales de pobreza (FPG):

1. Asistencia Familiar Temporal
2. Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados
3. Programa de Asistencia en Efectivo para Refugiados
4. Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
5. Seguridad de Ingreso Suplementario

Aunque categóricamente son elegibles por ingresos, los hogares deben cumplir con todos los demás requisitos del programa para recibir los beneficios. Si se determina que usted es elegible, su hogar será notificado por escrito.

### **BENEFICIOS BÁSICOS**

Si se determina que usted es elegible, su hogar será aprobado para un beneficio básico. Su notificación de elegibilidad identificará el monto del beneficio básico. Si su hogar tiene un miembro de edad avanzada (60 años o más), discapacitado o menor de seis (6) años de edad, su hogar se considerará **vulnerable** y será elegible para un beneficio básico más alto.

### **HOGARES CALEFACCIONADOS CON COMBUSTIBLE ENTREGABLE**

Para ser elegible para la asistencia para energía, las facturas deben estar a nombre de: el solicitante, un miembro del hogar que tenga dieciocho años de edad o más, o un miembro del hogar que sea un menor emancipado. La CAA autorizará las entregas en su nombre. Todas las entregas autorizadas por la CAA se pagarán hasta el monto de su beneficio. Las entregas deben realizarse en la dirección de servicio que aparece en la solicitud de asistencia para energía.

**Si se determina que es elegible y necesita una entrega de combustible, comuníquese con su CAA local para solicitar una autorización para la entrega.**

Se permite la entrega automática u obtención de combustible en su propio nombre siempre que esté dentro de las fechas del programa indicadas anteriormente, sea entregado por un proveedor aprobado y los fondos permanezcan en su beneficio básico. Sin embargo, **el pago solo se puede garantizar si la entrega está autorizada por la CAA local.**



**Los clientes de entrega automática deben notificar a su proveedor de aceite de su elegibilidad para que el proveedor pueda comunicarse con la CAA en nombre del cliente para recibir una autorización para garantizar el pago de las entregas realizadas en nombre del cliente.**

Los hogares con entrega de combustible que obtuvieron una entrega de combustible y desean recibir el pago por la entrega realizada durante el año del programa deben proporcionar facturas de combustible entregable que documenten toda la información anterior y deben ser para entregas realizadas dentro de las fechas identificadas del programa. El reembolso de las facturas pagadas por el cliente solo se realizará con cargo al beneficio básico de un hogar y se pagará al proveedor de combustible del hogar. Las facturas deben indicar la fecha de entrega, el precio minorista por galón y la cantidad de galones entregados.

Usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de combustible de la lista disponible de proveedores de combustible aprobados. También puede cambiar de proveedor durante la temporada de asistencia para energía a su discreción, siempre y cuando el proveedor elegido esté en la lista de proveedores aprobados mantenida por el Departamento y mantenida por la CAA.

El precio del combustible entregable se determina de acuerdo con el formulario de condiciones de participación del proveedor con el Departamento. En particular, los proveedores no pueden cobrarle la diferencia entre su precio minorista y el precio autorizado a través del programa.

**Cualquier costo de calefacción incurrido fuera de los períodos identificados, que exceda su concesión de beneficios, después de que se agoten los fondos, o que no esté cubierto por el programa, es responsabilidad de su hogar.**

#### **ASISTENCIA EN CASO DE CRISIS (SOLO PARA HOGARES CON CALEFACCIÓN DE COMBUSTIBLE ENTREGABLE)**

Si agota su beneficio básico, puede ser elegible para recibir beneficios de asistencia por crisis de hasta **\$410**. Durante el año del programa, todos los hogares elegibles pueden recibir un beneficio de Asistencia por Crisis, mientras que todos los hogares elegibles en el Nivel 1 y el Nivel 2 pueden recibir un segundo beneficio de Asistencia por Crisis. **Si se determina que es elegible y necesita una entrega de combustible, comuníquese con su CAA local para solicitar una autorización para la entrega.**

#### **HOGARES CON CALEFACCIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS**

Debe proporcionar una factura actual de servicios públicos (gas o electricidad) o una copia de una factura de su fuente de calefacción principal. La factura debe estar a nombre de: el solicitante, un miembro del hogar que tenga dieciocho años de edad o más, o un miembro del hogar que sea un menor emancipado. La factura debe ser para la dirección de servicio que aparece en la solicitud de asistencia para energía.

**El pago se enviará directamente a su compañía de servicios públicos.** En caso de que el beneficio básico exceda sus cargos de servicios públicos por el servicio incurrido entre el 1 de noviembre de 2023 y el 31 de mayo de 2024, el beneficio en exceso se reembolsará al DSS.

#### **HOGARES CON CALEFACCIÓN INCLUIDA EN EL ALQUILER (AYUDA PARA EL ALQUILER)**

Este beneficio se proporciona a aquellos hogares calificados en los que la calefacción está incluida en el pago de su alquiler y a las unidades de vivienda ocupadas por el propietario que no tienen su fuente principal de calefacción medida individualmente o facturada por separado a su hogar. Si se determina que es elegible, se aprobará un beneficio de asistencia para el alquiler en su hogar. Su aviso de elegibilidad identificará el monto de su beneficio de asistencia para el alquiler. El beneficio de asistencia para el alquiler se enviará a su hogar.

#### **OTRO**

Tenga en cuenta que los extranjeros no calificados no son elegibles para los beneficios de CEAP financiados por el gobierno federal. Se pueden procesar solicitudes para hogares que incluyen extranjeros no calificados y ciudadanos/extranjeros calificados. Sin embargo, los extranjeros no calificados no se incluirán en el conteo del tamaño del hogar, aunque se contarán sus ingresos.

Si se determina que es elegible, puede solicitar una limpieza, ajuste y prueba (CT&T) de su sistema de calefacción de combustible entregable. También puede recibir asistencia si es propietario de una vivienda y su sistema de calefacción o tanque de aceite no funciona o no es seguro. Póngase en contacto con su CAA local para obtener más información.

Las personas que tergiversen sus circunstancias al solicitar asistencia para energía están sujetas a enjuiciamiento y/o reembolso de cualquier beneficio proporcionado, después de la finalización de una investigación y determinación final por parte de la división de investigaciones del Departamento, y se les prohíbe participar por el resto del año del programa en curso y por los dos años del programa siguientes al año en que ocurrió la tergiversación.

Los hogares cuya calefacción principal es un combustible entregable o gas natural deben proporcionar una copia actualizada de la factura de electricidad a menos que se verifique que la factura esté a nombre del arrendador.

La información relacionada con su solicitud puede ser proporcionada a otra CAA con el fin de proporcionar servicios de climatización. La información que proporcione durante el proceso de elegibilidad también puede proporcionarse a otros programas operados por la CAA, el DSS o el Departamento de Energía y Protección Ambiental de Connecticut (DEEP), con el fin de verificar su elegibilidad para los programas financiados o administrados por el DSS, para cumplir con los requisitos de informes federales o estatales, o para conectarlo con servicios adicionales. Además, se puede proporcionar información al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., al Departamento de Energía de los EE. UU. o a cualquiera de sus representantes debidamente autorizados con el fin de revisar, auditar o evaluar. Es posible que su proveedor de combustible entregable y su compañía eléctrica deban proporcionar información sobre el consumo de energía para ayudar a determinar la carga energética de su hogar.

Su hogar también puede calificar bajo la ley de Connecticut para el Programa de Protección de Invierno. Si es así, es posible que no se desconecte su servicio eléctrico entre el 1 de noviembre de 2023 y el 1 de mayo de 2024. Póngase en contacto con su compañía eléctrica para obtener más información.

Si tiene preguntas adicionales sobre la asistencia, comuníquese con su CAA local.

### **DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL DHHS:**

El Departamento de Servicios Sociales y sus socios administrativos en las Agencias de Acción Comunitaria (CAA) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Departamento y la CAA no excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

El Departamento de Servicios Sociales:

1. Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
2. Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con su CAA local o con el Centro de Beneficios del Departamento de Servicios Sociales al 1-855-626-6632.

Si cree que el Departamento de Servicios Sociales o la CAA no le han proporcionado estos servicios o lo han discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Coordinador de la ADA del DSS (consulte la información de contacto a continuación). Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la ADA está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a la información de contacto que aparece a continuación:

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DE CONNECTICUT (CT):**

Tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que hemos tomado medidas en su contra debido a su raza, color, religión, sexo, identidad o expresión de género, estado civil, edad, origen nacional, ascendencia, creencias políticas, orientación sexual, discapacidad intelectual, discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje o discapacidad física, incluida, entre otras, la ceguera.

Una persona con una discapacidad puede solicitar y recibir una adaptación razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesario para permitir que la persona tenga una oportunidad equitativa y significativa de participar en los programas administrados por el Departamento.

Si ha solicitado una adaptación o ayuda especial y nos hemos negado a proporcionársela, puede presentar una queja a el Coordinador de la ADA del Departamento o cualquiera de las agencias que se enumeran a continuación:

<p><b>Comisario de Servicios Sociales</b> A la atención de: Coordinador de la ADA 55 Farmington Avenue Hartford, CT 06105-5033 Tel: (860) 424-5040, Fax: (860) 424-4948, TDD: (800) 842-4524 Línea gratuita: (800) 842-1508 Correo electrónico: <a href="mailto:AffirmativeAction.DSS@ct.gov">AffirmativeAction.DSS@ct.gov</a></p>	<p><b>Comisión de Derechos Humanos y Oportunidades de Connecticut</b> 450 Columbus Boulevard, Suite 2 Hartford, CT 06103 Tel: (860) 541-3400, Línea gratuita: (800) 477-5737, TDD: (860) 541-3400, Fax: (860) 246-5265 <a href="https://portal.ct.gov/CHRO">https://portal.ct.gov/CHRO</a></p>	<p><b>Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles</b> Centro de Gobierno Edificio Federal J.F. Kennedy – Sala 1875 Boston, MA 02203 Centro de Respuesta al Cliente: (800) 368-1019, TTY: (800) 537-7697, Fax: (202) 619-3818 <a href="mailto:Ocrmail@hhs.gov">Ocrmail@hhs.gov</a> <a href="http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html">http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html</a></p>
--	--	---