



Por favor, lea las instrucciones antes de completar la aplicación asistencia ya que ha habido cambios en la aplicación para este año del programa.

Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben. Los hogares con avisos de desconexión deben comunicarse con sus servicios públicos y hacer arreglos de pago. Es mejor presentar su solicitud con anticipación en lugar de esperar a recibir una nota de desconexión.

Instrucciones:

- Por favor, llene todas las páginas de la solicitud.
- Por favor, devuelva esta solicitud con comprobantes de ingresos para todos los adultos en el hogar de 18 años o más. **Requerimos pruebas de ingreso del mes anterior.** Se proporcionan formas adicionales para aquellos que no tienen comprobante de ingresos debido a que no trabajan, tienen trabajos ocasionales o pagados en efectivo (consulte el formulario de Declaración de ingresos del hogar a continuación).

1. Incluya copias de identificación de todos los adultos de 18 años y mayores.

Por favor, regrese la aplicación completa a:

rentpartners@caowash.org

- ESPERE 1 SEMANA PARA PROCESAR SU SOLICITUD
- LAS AGENCIAS ASOCIADAS RECIBIRÁN ACTUALIZACIONES SEMANALES SOBRE EL ESTADO DE LA SOLICITUD.
- SE ENVIARÁ UN RECIBO DE PAGO POR CORREO ELECTRÓNICO SI PROPORCIONÓ UNA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.
- DE LO CONTRARIO, SE ENVIARÁ POR CORREO A LA DIRECCIÓN DEL CLIENTE.

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE CAO

AUTH#

Nombre y Apellido <i>Anote su nombre primero y después agregue a todos los integrantes de su vivienda</i>	Fecha de nacimiento M/D/Año	Sexo o género	#Seguro Social Si/No	Número de Seguro Social <i>No es obligatorio, pero puede limitar la asistencia si no se proporciona</i>	Ingreso recibido en MES ANTERIOR de todos los adultos 18 y mayores	¿Ingresos? Si/No	Fuente de ingresos	¿Me faltan comprobante de ingresos? Si le faltan comprobantes por favor explique
Aplicante:								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

¿Número de personas en el hogar?

A: Tipo de hogar: (Marque uno) ☐ Soltero(a) ☐ Matrimonio sin hijos en casa ☐ Madre soltera ☐ Padre soltero ☐ Matrimonio con hijos menores de 18 ☐ Adultos sin parentesco (con niños) ☐ Hogar multigeneracional	B: Tipo de vivienda: (Marque uno) ☐ Casa ☐ Casa móvil/ Manufacturada ☐ Apartamento (2-4 apt en el edificio) ☐ Apartamentos (Mas de 4 apt en edificio) ☐ Remolque de Viaje ☐ Hotel ☐ Otro	C: Situación de residencia: (Marque uno) ☐ Vivienda propia ☐ Renta (Costos de calefacción incluidos en renta) ☐ Renta (Costos de calefacción no incluidos en renta) ☐ Vivienda Subvencionada (Costos de calefacción incluidos en renta) ☐ Vivienda Subvencionada (Costos de calefacción no incluidos en renta)	D. Tipo principal de calefacción: (Marque uno) ☐ Combustible granulado (Pellet) ☐ Natural gas ☐ Gas propano ☐ Aceite ☐ Leña ☐ Electrica
---	---	---	--

Dirección _____ Apt.# _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección postal (si es diferente) _____ Ciudad _____ Código postal _____

Correo electrónico (en letra de imprenta legible): _____

Número de teléfono _____ Cel _____ Casa _____

Método de contacto preferido: ☐ Email ☐ Correo postal

CONFIDENCIAL: ¿Está huyendo de la violencia doméstica y necesita que su información se maneje con especial precaución? ____ Si

Pagina requerida Las siguientes preguntas son solo para fines estadísticos			AUTH#						
Nombre Anote a los adultos de la página 1	Grupo étnico H- Hispano/Latino NH- No Hispano/ Latino	Raza AA- Afroamericana AS- Asiática AI- Indio Americano/Nativo de Alaska NH/PI- Nativo de Hawái / Islas del Pacifico WH- Blanca DK/RF- No lo se							
			Idioma preferido	Veterano (Si/No)	Discapacitado (Si/ No)	Nivel más alto de educación completado	SNAP? (Si/ No)	OHP o Medicare (Si/ No)	Seguro medico privado?
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

¿Su hogar ha experimentado una dificultad financiera o crisis reciente (en los últimos 2 meses)? Por favor, explique: _____

Community Action ofrece otros servicios que podrían ser útiles. ¿Está interesado en ser contactado para lo siguiente??

☐ No interesado

☐ Goteras de techo

☐ Reparación de calefacción

☐ Calentador de agua

Comentarios adicionales: _____

Por favor escriba el nombre de sus compañías de servicios públicos y los números de cuenta e INCLUYA UNA COPIA MÁS RECIENTE DE CADA RECIBO. **No podemos procesar un pago por su servicio público si no lo menciona en esta sección**

Electricidad – Compañía de servicios públicos:

de cuenta:

Calefacción – Compañía de servicios públicos:

de Cuenta:

Agua – Compañía de servicios públicos:

de Cuenta:

Disponible únicamente para Ciudad de Beaverton, Hillsboro, Tualatin y Tualatin Valley Water District

Si es cliente de la compañía de agua de City of Hillsboro por favor proporcione su # de cliente tambien:

Basura – Compañía de servicios públicos (solo descuento):

de Cuenta:

Disponible para los residentes de la jurisdicción de Beaverton, Hillsboro y áreas no incorporadas del condado de Washington **Combustible a granel** (Madera, Pellets , Propano, etc.):

Si el nombre en la factura de servicios públicos es alguien que no es miembro del hogar, explique. _____

Nota: Solo circunstancias especiales nos permiten pagar una factura que no está a nombre del hogar. Es posible que deba poner la factura a su nombre antes de que se pueda recibir la asistencia.

Vivo en la ciudad de Hillsboro y me gustaría ser considerado para el descuento de INTERNET.

Sí
No

NUEVO: Tualatin Valley Water District tiene 2 programas: Programa de descuento en su recibo (Descuento valido por 24 meses) y Asistencia financiera de emergencia en su recibo (1 vez en un periodo de 12 meses) Si ya recibió asistencia financiera de emergencia en los últimos 12 meses a través de TVWD, Solo se inscribirá para el descuento en su recibo en el momento en que procesemos su solicitud.

*****POR FAVOR, LEA, FIRME Y FECHE EL AVISO LEGAL DEL SOLICITANTE EN LA SIGUIENTE PÁGINA DE ESTA SOLICITUD*****

PARTE 1: NOTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE, DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA, Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE, EXENCIÓN Y RENUNCIA

- Yo, el solicitante, entiendo que los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno son voluntarios y mi aplicación será sujeta a un proceso comprobatorio para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Para que mi solicitud sea considerada, yo entiendo que necesito entregar una solicitud completa que provea toda la información requerida.
- Yo entiendo que podría ser necesario entregar información o documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Yo entiendo que la solicitud de mi hogar e información o documentación adicional serán parte de la solicitud de mi hogar (“Solicitud”).
- Yo entiendo que las decisiones de elegibilidad de asistencia son hechas por la agencia de Vivienda y Servicios Comunitarios del Estado de Oregon (OHCS) en conjunto con agencias sub-beneficiarias contratadas (“Sub-beneficiarios”).
- En caso que la solicitud de mi hogar sea negada, tendré el derecho a una revisión de mi solicitud bajo las Reglas Administrativas de Oregon vigentes.

Con mi firma,

- Yo autorizo que la solicitud de mi hogar sea compartida por y entre OHCS y el Estado de Oregon, incluyendo subcontratistas designados, y sub-beneficiarios con el propósito de determinar elegibilidad, y administrar, monitorear, investigar y evaluar (todos los cuales serán determinados por OHCS, según su criterio) los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno.
- Yo declaro que la información provista en mi solicitud es verdadera y correcta.
- Yo estoy de acuerdo en cumplir con los requisitos de los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno para hogares elegibles.
- Yo estoy de acuerdo que soy responsable por regresar fondos inelegibles o fondos usados inapropiadamente.

PARTE 2: NOTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE, EXCENCION Y RENUNCIA RELACIONADA A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGIA E INFORMACION DE CUENTA DE SERVICIO DE ENERGIA DEL SOLICITANTE

- Yo entiendo que el Estado de Oregon, incluyendo OHCS, sus subcontratistas designados, y sub-beneficiarios, pudieran solicitar información relacionada a mis cuentas(s) (“Cuenta”) de servicios de energía de mis proveedores(es) de servicios de energía, incluyendo utilidad, abastecedor de combustible, vendedor, u otra entidad similar proveyendo servicios similares (“Proveedor de Servicios de Energía”), cuando mi hogar solicite asistencia de energía por medio de uno de los programas de asistencia de energía, incluyendo pero no limitado al Programa de Asistencia de Energía al Hogar de Bajos Recursos (LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregon (OEAP).
- Yo entiendo que la información relacionada a mi cuenta pudiera ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados, y sub-beneficiarios con el propósito de, incluyendo, pero no limitado a, determinar la elegibilidad de mi hogar para asistencia de energía, y administrar,

monitorear, investigar y evaluar los programas de Asistencia de Energía/Climatización (todos los cuales serán determinados por OHCS, según su criterio).

Con mi firma,

- Yo reconozco que soy el titular de cuenta (o el agente autorizado del titular de cuenta) para la cuenta(s) del proveedor de servicios de energía identificadas en esta solicitud.
- Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa a mis proveedores de servicios de energía a divulgar y proveer cualquiera y toda información relacionada a mi cuenta, incluyendo pero no limitado a número de cuenta, nombre de cuenta, domicilio de servicio, fechas de factura y montos cobrados, información relacionada a acciones de cobranza, e otros cobros de cuenta misceláneos e información, u otros datos de cuenta similares los cuales pudieran ser solicitados por OHCS o su subcontratista designados (de aquí en adelante “Información de Cuenta”), al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y sub-beneficiarios.
- Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa a mis proveedores de servicios de energía por tal divulgación de mi Información de Cuenta por un periodo de hasta dos (2) años de programa de asistencia de energía (10/1 a 9/30) antes de mi solicitud y por tres (3) años de programa (10/1 a 9/30) después que mi solicitud haya sido entregada.
- Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y sub-beneficiarios en el uso (autorizado por OHCS según su criterio) de mi información de cuenta divulgada.

PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE

- Con mi firma, yo por el presente doy la autorización, aprobación y reconocimiento requeridas a ambas partes, Parte 1 y Parte 2 de esta SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ENERGÍA/CLIMATIZACIÓN DIVULGACIÓN Y APROBACIÓN REQUERIDA DEL SOLICITANTE



Firma del solicitante

Fecha

Nombre y correo electrónico de trabajador(a) social: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA): Pago aprobado y realizado al siguiente proveedor o proveedores: _____

Número de autorización: _____

Intake/ Data Entry: _____

Fecha: _____

Autorizado por: _____

Fecha: _____

DECLARACIÓN DE INGRESO DEL HOGAR

Nombre del solicitante principal: _____

Complete una hoja (todas las líneas) para cada persona mayor de 18 años que no tenga ingresos o que reciba ingresos sin comprobantes. Explique cómo cubrió sus gastos básicos mientras no tenía ingresos o ingresos sin comprobantes. Si pidió dinero prestado o hizo un plan de arreglo con el propietario o la compañía de servicios públicos, describa. Si no ha podido pagar, describa

Nombre de la persona sin ingresos o ingresos sin comprobante _____

La persona sin ingresos es estudiante de preparatoria? ____ Sí o ____ No

¿Recibió ingresos en el mes anterior? ____ Sí o ____ No

Si es así, Que cantidad recibió el mes pasado? _____

Si es así. ¿Cantidad pagada en efectivo? ____ Sí o No ____

Si es así, ¿Cuál fue la fuente? _____

Empleo - Trabajos por su cuenta - Latas de refrescos - Desempleo - Manutención de menores -

En el mes anterior, ¿Cuándo fue la última vez que recibió ingresos? Mes / día / año: _____

Comentarios adicionales? _____

En el mes anterior, ¿Recibió ingresos en efectivo de una fuente adicional?: ____ SI o ____ No

Si es así, ¿Que cantidad recibió el mes anterior? _____

¿Cual fue la fuente de ingresos? _____

En el mes anterior, ¿Cuándo fue la última vez que recibió ingresos de esta fuente? Mes / día / año: _____

Si la persona NO tuvo ingresos en los últimos 30 días ¿Cómo cubrió los siguientes costos?

¿Como compró su comida?: _____

¿Como Pagó su renta? _____

¿Como pagó sus facturas o servicios públicos?: _____

He leído la lista de ejemplos de ingresos y certifico que la información indicada arriba es verdadera y exacta en lo mejor de mi conocimiento. Al firmar este formulario, estoy bajo pena de enjuiciamiento penal. si se obtiene información falsa. En asistencia para la cual no soy elegible.



Firma

Fecha

DECLARACIÓN DE INGRESO DEL HOGAR

Nombre del solicitante principal: _____

Complete una hoja (todas las líneas) para cada persona mayor de 18 años que no tenga ingresos o que reciba ingresos sin comprobantes. Explique cómo cubrió sus gastos básicos mientras no tenía ingresos o ingresos sin comprobantes. Si pidió dinero prestado o hizo un plan de arreglo con el propietario o la compañía de servicios públicos, describa. Si no ha podido pagar, describa

Nombre de la persona sin ingresos o ingresos sin comprobante _____

La persona sin ingresos es estudiante de preparatoria? ____ Sí o ____ No

¿Recibió ingresos en el mes anterior? ____ Sí o ____ No

Si es así, Que cantidad recibió el mes pasado? _____

Si es así. ¿Cantidad pagada en efectivo? ____ Sí o No ____

Si es así, ¿Cuál fue la fuente? _____

Empleo - Trabajos por su cuenta - Latas de refrescos - Desempleo - Manutención de menores –

En el mes anterior, ¿Cuándo fue la última vez que recibió ingresos? Mes / día / año: _____

Comentarios adicionales? _____

En el mes anterior, ¿Recibió ingresos en efectivo de una fuente adicional?: ____ SI o ____ No

Si es así, ¿Que cantidad recibió el mes anterior? _____

¿Cual fue la fuente de ingresos? _____

En el mes anterior, ¿Cuándo fue la última vez que recibió ingresos de esta fuente? Mes / día / año: _____

Si la persona NO tuvo ingresos en los últimos 30 días ¿Cómo cubrió los siguientes costos?

¿Como compró su comida?: _____

¿Como Pagó su renta? _____

¿Como pagó sus facturas o servicios públicos?: _____

He leído la lista de ejemplos de ingresos y certifico que la información indicada arriba es verdadera y exacta en lo mejor de mi conocimiento. Al firmar este formulario, estoy bajo pena de enjuiciamiento penal. si se obtiene información falsa. En asistencia para la cual no soy elegible.



Firma

Fecha

DECLARACIÓN DE INGRESO DEL HOGAR

Nombre del solicitante principal: _____

Complete una hoja (todas las líneas) para cada persona mayor de 18 años que no tenga ingresos o que reciba ingresos sin comprobantes. Explique cómo cubrió sus gastos básicos mientras no tenía ingresos o ingresos sin comprobantes. Si pidió dinero prestado o hizo un plan de arreglo con el propietario o la compañía de servicios públicos, describa. Si no ha podido pagar, describa

Nombre de la persona sin ingresos o ingresos sin comprobante _____

La persona sin ingresos es estudiante de preparatoria? ____ Sí o ____ No

¿Recibió ingresos en el mes anterior? ____ Sí o ____ No

Si es así, Que cantidad recibió el mes pasado? _____

Si es así. ¿Cantidad pagada en efectivo? ____ Sí o No ____

Si es así, ¿Cuál fue la fuente? _____

Empleo - Trabajos por su cuenta - Latas de refrescos - Desempleo - Manutención de menores –

En el mes anterior, ¿Cuándo fue la última vez que recibió ingresos? Mes / día / año: _____

Comentarios adicionales? _____

En el mes anterior , ¿Recibió ingresos en efectivo de una fuente adicional?: ____ SI o ____ No

Si es así, ¿Que cantidad recibió el mes anterior? _____

¿Cual fue la fuente de ingresos? _____

En el mes anterior, ¿Cuándo fue la última vez que recibió ingresos de esta fuente? Mes / día / año: _____

Si la persona NO tuvo ingresos en los últimos 30 días ¿Cómo cubrió los siguientes costos?

¿Como compró su comida?: _____

¿Como Pagó su renta? _____

¿Como pagó sus facturas o servicios públicos?: _____

He leído la lista de ejemplos de ingresos y certifico que la información indicada arriba es verdadera y exacta en lo mejor de mi conocimiento. Al firmar este formulario, estoy bajo pena de enjuiciamiento penal. si se obtiene información falsa. En asistencia para la cual no soy elegible.



Firma

Fecha

Empleo por Cuenta Propia
Programa de Asistencia de
Servicios Públicos

Nombre del Apicante: _____

Nombre de la persona que trabaja por cuenta propia: _____

Nombre del negocio _____

Número de Telefono _____

Mencione el mes que va a declarar (sólo mes anterior): _____

*Utilice unicamente **ingreso del mes anterior**.*

Si no obtuvo ingresos el mes anterior, use el formulari DHI.

Ingresos brutos o ventas.....\$ _____

Gastos relacionados con el negocio por el período declarado ej: combustible, suministros.....(Menos)\$ _____

Ingresos netos (*ingresos brutos menos Gastos*).....\$ _____

Yo certifico que esta información es correcta y entiendo que si miento puedo ser perjudicado si la información que di resulta falsa y me dan asistencia por la cual no soy elegible.



Firma

Fecha