



Solicitud de programas de asistencia energética

Asistencia para los servicios públicos

El Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) ayuda a las familias a pagar los costos de servicios públicos para la calefacción de su hogar.

Climatización

El Programa de Asistencia para la Climatización (WAP) ayuda a las familias a reducir sus costos de calefacción y refrigeración y mejora la seguridad de sus hogares.

<p>QUIÉN puede usar esta solicitud</p>	<p>Cualquier persona puede usar esta solicitud para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar asistencia para sí misma y/o para los miembros de su hogar • Solicitar solo un tipo de asistencia o varios tipos de asistencia
<p>QUÉ debe proporcionar para la solicitud</p>	<p>Proporcionar la siguiente información puede ayudarnos a determinar su elegibilidad más rápido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de ciudadanía para cada miembro del hogar o estado legal en Estados Unidos para los no ciudadanos • Números de seguro social de cada uno de los miembros del hogar • Prueba de los ingresos de cada miembro de la familia del mes anterior. • Copias de las últimas facturas de servicios públicos <p>Es posible que necesitemos otras pruebas, pero solo las pediremos si las necesitamos.</p>
<p>POR QUÉ pedimos esta información</p>	<p>Mantenemos toda la información privada y segura, como exige la ley. Pedimos esta información por varios motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para saber los tipos de asistencia para los que califica • Para saber para cuánta ayuda califica • Para asegurarse de que recibe la asistencia adecuada según su situación <p>Igualdad de oportunidades para los solicitantes</p> <p>De acuerdo con la ley federal y la política de la Oficina de Servicios Comunitarios (OCS), Administración para Niños y Familias, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS), el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y las Agencias de Acción Comunitaria tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con el HHS en:</p> <p>HHS, Director, Office of Community Services Fax: (202) 401-9333 200 Independence Ave. S.W. Correo electrónico: Lanique.Howard@afc.hhs.gov Washington, D.C. 20201 Teléfono: (202) 205-8347</p>
<p>Derechos de apelación/audiencia</p>	<p>Tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre sus prestaciones de asistencia. Dispone de treinta (30) días para solicitar una audiencia justa. Este plazo comienza el día siguiente a la entrega o envío de la notificación. Para solicitar una audiencia, utilice uno de los siguientes métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame a la Agencia de Acción Comunitaria que figura en la página a continuación • Envíenos un correo electrónico a mybenefits@dhw.idaho.gov • Complete y envíe el formulario de solicitud de audiencia justa en mybenefitforms.dhw.idaho.gov. <p>En la audiencia, puede representarse a sí mismo/a o recurrir a un abogado, un familiar, un amigo u otro portavoz para que le represente.</p>
<p>Ley de privacidad y divulgación de información</p>	<p>En virtud del artículo 3(e)(3) de la Ley de Privacidad de 1974, 5 U.S.C. 552 a(e)(3), cada agencia que mantenga un sistema de registros deberá informar a cada persona a la que solicite información sobre la autoridad que permite solicitarla; si la divulgación es voluntaria; el objetivo principal para el que se pretende utilizar la información; los usos rutinarios que se pueden hacer de la información; y las consecuencias, si las hay, que se derivan de que la persona no proporcione la información solicitada. La Ley de Privacidad exige que se proporcione esta declaración antes de la recopilación y utilización de la información solicitada. Puede conservar esta declaración para sus archivos.</p> <p>Autoridad: La autoridad específica para el mantenimiento de este informe está en los artículos 416 y 417 de la Ley de Conservación y Producción de Energía, Pub. L. 94 385. Estas secciones ordenan a las agencias federales y estatales, que patrocinan estos programas, que supervisen la eficacia de los mismos, y que exijan a la agencia local sin fines de lucro que los ejecuta que mantenga registros que permitan la supervisión del programa.</p> <p>Sus respuestas a la solicitud de información son totalmente voluntarias, pero si se niega a proporcionar la información solicitada, no se le tendrá en cuenta para la asistencia.</p>

Cómo presentar esta solicitud

<p>Si vive en este condado:</p> <p>↓</p>	<p>Envíe por correo, correo electrónico o entregue sus solicitudes y verificaciones completas y firmadas a:</p>	
<p><i>Ada, Owyhee, Elmore</i></p>	<p>El Ada Community Action Agency, Inc 701 E. 44th St. Garden City, Idaho 83714</p>	<p>Teléfono: 208-322-1242 Sitio web: www.eladacap.org Correo electrónico: LIHEAP@eladacap.org</p>
<p><i>Adams, Boise, Canyon, Gem, Payette, Valley, Washington</i></p>	<p>Western Idaho Community Action Partnership, Inc. 315 S. Main St. Payette, Idaho 83661</p>	<p>Teléfono: 888-900-7361 Sitio web: www.wicap.org Correo electrónico: LIHEAP@wicap.org</p>
<p><i>Bingham, Bonneville, Canyon, Cassia, Power, Twin Falls</i></p>	<p>Community Council of Idaho 317 Happy Day Blvd. #180 Caldwell, Idaho 83607</p>	<p>Teléfono: 208-454-1652 Sitio web: www.communitycouncilofidaho.org Correo electrónico: LIHEAP@ccimail.org</p>
<p><i>Bonneville, Butte, Clark, Custer, Fremont, Jefferson, Lemhi, Madison, Teton</i></p>	<p>Eastern Idaho Community Action Partnership, Inc. 935 E. Lincoln Rd. Idaho Falls, Idaho 83401</p>	<p>Teléfono: 208-542-8178 Sitio web: www.eicap.org Correo electrónico: eaif@eicap.org</p>
<p><i>Benewah, Bonner, Boundary, Clearwater, Idaho, Latah, Lewis, Kootenai, Nez Perce, Shoshone</i></p>	<p>Community Action Partnership, Inc. 124 New 6th St. Lewiston, Idaho 83501</p>	<p>Teléfono: 800-326-4843 Sitio web: www.cap4action.org Correo electrónico: ea@cap4action.org</p>
<p><i>Bannock, Bear Lake, Bingham, Caribou, Franklin, Oneida, Power</i></p>	<p>SouthEastern Idaho Community Action Agency, Inc. 641 N. 8th Avenue Pocatello, Idaho 83201</p>	<p>Teléfono: 208-232-1114 Sitio web: www.seicaa.org Correo electrónico: energy@seicaa.org</p>
<p><i>Blaine, Camas, Cassia, Gooding, Jerome, Lincoln, Minidoka, Twin Falls</i></p>	<p>South Central Community Action Partnership, Inc. 550 Washington St. S Twin Falls, Idaho 83301</p>	<p>Teléfono: 208-736-0676 Sitio web: www.sccap-id.org Correo electrónico: kayleen@sccap-id.org</p>

Háblenos de usted

Información sobre el solicitante y el hogar

¿Qué tipo de ayuda solicita? (marque todas las opciones que correspondan)

Asistencia para los servicios públicos de calefacción

Programa de Asistencia Energética a Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Otro: _____

Fecha de la solicitud _____

Climatización

Programa de Asistencia para la Climatización para Hogares de Bajos Ingresos (WAP)

Nombre completo	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido		
Número de seguro social					
Fecha de nacimiento					
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Otro		
Dirección física	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (si es diferente)	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Correo electrónico					
Teléfono principal	Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo				
¿Cómo desea recibir su notificación de prestaciones?	<input type="checkbox"/> Correo postal		<input type="checkbox"/> Correo electrónico		
Tipo de hogar	<input type="checkbox"/> Persona soltera <input type="checkbox"/> Dos adultos, sin niños <input type="checkbox"/> Adultos sin parentesco <input type="checkbox"/> Multigeneracional <input type="checkbox"/> Dos padres con hijos <input type="checkbox"/> Padre/madre soltero/a <input type="checkbox"/> Adultos sin parentesco con hijos <input type="checkbox"/> Otro				
Número de miembros del hogar Cuenta a todas las personas que viven en su casa	_____	Fecha de mudanza a la casa	_____		
Estado de ocupación	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquiler, servicios públicos incluidos <input type="checkbox"/> Alquiler, servicios públicos facturados por separado <input type="checkbox"/> Alquiler subvencionado <input type="checkbox"/> Sin hogar				
Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar <input type="checkbox"/> Dúplex (2 unidades) <input type="checkbox"/> Tríples (3 unidades) <input type="checkbox"/> Cuádruples (4 unidades) <input type="checkbox"/> Apartamentos (más de 4 unidades) <input type="checkbox"/> Casa prefabricada/casa móvil de más de 40 pies <input type="checkbox"/> Remolque de viaje/vehículo recreativo/casa móvil de menos de 40 pies				

¿Cómo se enteró de este programa?

- Anuncio de televisión Remitido por un familiar/amigo Anuncio de radio Anuncio en el periódico
- Remitido por una agencia: _____ Remitido por mi empresa de servicios públicos: _____
- Otro: _____

Háblenos de todos los miembros de su hogar

Proporcione detalles sobre todas las personas que viven en su casa, enumerando primero al solicitante/jefe de familia. Si hay más miembros del hogar que no pueden incluirse en este formulario, utilice la página adicional adjunta.

Pregunta

Nombre	Primer nombre	Apellido	Inicial
Fecha de nacimiento			
Número de seguro social			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		
Etnia	<input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina		
Ciudadano o natural de EE.UU.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska/indígena <input type="checkbox"/> Asiático/asiático-americano <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/africano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro		
Estado Militar	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Nunca sirvió		
Condición de discapacidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Empleo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado, ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo, > 6 meses <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Por temporada <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola migrante <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro		
Fuentes de ingreso (Marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Salarios conyugal <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Discapacidad con prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Discapacidad sin prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Prestaciones no monetarias (Marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos (SNAP) <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vales de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Seguro médico	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud para Niños <input type="checkbox"/> Salud de adultos Programa de seguro <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Ninguna		
Educación	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduado/a de secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduado/a de carrera universitaria <input type="checkbox"/> Escuela de oficios u otra		

Siga hablándonos de todos los miembros de su hogar

Pregunta			
Nombre	Primer nombre	Apellido	Inicial
Relación con usted			
Fecha de nacimiento			
Número de seguro social			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		
Etnia	<input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina		
Ciudadano o natural de EE.UU.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska/indígena <input type="checkbox"/> Asiático/asiático-americano <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/africano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro		
Estado Militar	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Nunca sirvió		
Condición de discapacidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Empleo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado, ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo, > 6 meses <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Por temporada <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola migrante <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro		
Fuentes de ingreso (Marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Salarios conyugal <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Discapacidad con prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Discapacidad sin prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Prestaciones no monetarias (Marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos (SNAP) <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vales de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Seguro médico	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud para Niños <input type="checkbox"/> Salud de adultos Programa de seguro <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Ninguna		
Educación	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduado/a de secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduado/a de carrera universitaria <input type="checkbox"/> Escuela de oficios u otra		

Detalles del proveedor de servicios públicos

Fuente de calefacción principal (Seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Propano (envío a domicilio) <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Pellets de madera <input type="checkbox"/> Gas Natural <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Propano (Garrafas) <input type="checkbox"/> Leña artificial
Proveedor de calefacción principal	Número de cuenta
¿Los gastos de calefacción principal están incluidos en el alquiler? (Seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, mi arrendador me proporciona mi fuente de calefacción principal sin facturarme por ello <input type="checkbox"/> Sí, la factura de la calefacción principal está a nombre del arrendador, pero yo pago el costo total de cada factura mensual <input type="checkbox"/> Sí, el arrendador me cobra un monto fijo al mes para cubrir los gastos de calefacción principal: \$ _____
¿Se enfrenta a una emergencia con su fuente de calefacción principal? (Seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, me han cortado servicio público <input type="checkbox"/> Sí, me cortarán el servicio público día: _____
Si ha vivido en su dirección actual durante al menos 12 meses y su fuente de calefacción principal es propano, aceite, carbón o leña, responda lo siguiente:	Costo de 12 meses de su fuente de calefacción principal: \$ _____ Consumo total durante 12 meses de su fuente de calefacción principal: \$ _____
Proveedor de electricidad	Número de cuenta
Número de contrato de servicio de Idaho Power	
¿Se enfrenta a una emergencia con su cuenta de electricidad? (Seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, me han cortado servicio público <input type="checkbox"/> Sí, me cortarán el servicio público día: _____
Fuente de calefacción secundaria (Seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Propano (envío a domicilio) <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Pellets de madera <input type="checkbox"/> Gas Natural <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Propano (Garrafas) <input type="checkbox"/> Leña artificial
Otro(s) proveedor(es) de calefacción	Número de cuenta

Evaluación del sistema

*Complete esta sección **solo** si está solicitando la ayuda para la climatización **o** si su sistema de calefacción no funciona

Tipo de sistema(s) de calefacción (Seleccione todas las opciones que correspondan)	Combustible del sistema de calefacción						Condición del sistema de calefacción
	Gas natural	Electricidad	Aceite	Propano	Leña	Pellets de madera	
Calefacción centralizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
Bomba de calor centralizada		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
Caldera central		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
Caldera mural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
Calefacción de zócalo		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
Bomba de calor sin conductos		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
Calefactor de pared		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
Calefacción por horno	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo				
Calentadores de espacio		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
N/A							<input type="checkbox"/> No tengo sistema de calefacción

Tipo de sistema(s) de calefacción (Seleccione todas las opciones que correspondan)	Combustible del calentador de agua						Condición del calentador de agua
	Gas natural	Electricidad	Aceite	Propano	Leña	Pellets de madera	
Unidad estándar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
Unidad sin depósito	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
Unidad de bomba de calor		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Con fallas <input type="checkbox"/> No operativo
N/A							<input type="checkbox"/> No tengo calentador de agua

Tipo de sistema(s) de refrigeración (Seleccione todas las opciones que correspondan)	Condición del sistema de refrigeración	
	<input type="checkbox"/> Aire acondicionado central <input type="checkbox"/> Bomba de calor centralizada <input type="checkbox"/> Climatizador evaporativo	<input type="checkbox"/> Aire acondicionado de ventana <input type="checkbox"/> Bomba de calor sin conductos <input type="checkbox"/> N/A

Declaración de Cero

Complete esta sección solo si todos los miembros de su hogar no tuvieron ingresos en el mes anterior. Explique brevemente cómo se han cubierto las necesidades básicas de su hogar durante el mes anterior:

Vivienda	Comida	Servicios públicos

Certificación del participante

Firme debajo para certificar la exactitud de la información que ha proporcionado.

Comprendo que el hecho de completar esta solicitud no supone la aprobación inmediata de la asistencia.

Por la presente doy mi permiso para la divulgación de cualquier información necesaria para procesar esta solicitud a un representante del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW) y/o a una agencia u organización sin fines de lucro, o a su designado, o a cualquier agencia estatal y federal, según lo requiera la ley.

Entiendo que mi información se mantendrá de acuerdo con las normas de confidencialidad del IDHW.

Por la presente, autorizo a mi(s) proveedor(es) de servicios públicos a proporcionar mis datos de facturación y uso al representante del IDHW y/o de esta agencia o a su designado.

Bajo pena de perjurio, certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que estoy solicitando beneficios federales y que podría no ser elegible para recibir los beneficios de LIHEAP hasta por doce (12) meses y que se me exigirá devolver cualquier beneficio que reciba si deliberadamente distorsiono y/o oculto hechos. Declaro que hago la solicitud para todas las personas que viven en mi casa. Entiendo que esta información se utilizará, si se solicita, para determinar la elegibilidad para otros programas o servicios de la agencia. Aseguro que cualquier pago de LIHEAP recibido se utilizará únicamente para los costos de energía de mi hogar y no se compartirá y/o venderá a nadie fuera del hogar que figura en esta solicitud.

Si solicito servicios de climatización, entiendo que completar esta solicitud no garantiza que se realice ningún trabajo de climatización en mi casa y que se me puede exigir el reembolso de cualquier gasto por servicios de climatización que reciba si distorsiono u oculto hechos deliberadamente. Autorizo la climatización de mi casa sin costo alguno para mí o para mi familia y, si procede, autorizo a la agencia a ponerse en contacto con mi arrendador para pedirle permiso para climatizar la casa.

Firma (obligatoria)

Nombre del solicitante en letra de imprenta

Firma del participante

Fecha

Nombre del representante de la agencia en letra de imprenta

Firma del representante de la agencia

Fecha