



LEAP SOLICITUD DEL PROGRAMA DE LEAP

COMPLETAR
LAS 6
PÁGINAS

SI NECESITA AYUDA EN COMPLETAR ESTA SOLICITUD, LLAME AL DEPARTAMENTO DEL SERVICIO SOCIAL DE SU CONDADO.

FOR COUNTY USE ONLY

<p>If label is attached, please do not remove.</p>	County	HOUSEHOLD NUMBER Basic	Suffix	Cat.
	CASE Reg. Adv. Exped.	PAYMENT METHOD Client Vendor		TECHNICIAN NUMBER
	DATE RECEIVED			

1. SOLICITANTE COMPROBANTE DE PRESENCIA LEGAL SE REQUIERE DE LA PERSONA LISTADA BAJO #1 (SOLICITANTE)

APELLIDO	NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DE SOLTERA
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (¿ES ESTA LA MISMA DIRECCIÓN QUE SE ENCUENTRA EN LA SOLICITUD?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CIUDAD	ESTADO
DIRECCIÓN DE CASA (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)		CIUDAD	ESTADO
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	TELÉFONO O CONTESTADORA	FECHA DE NACIMIENTO	¿EN QUE CONDADO RADICA?

2. MIEMBROS DE FAMILIA EN SU CASA LLENE TODA LA INFORMACIÓN ABAJO PARA CADA MIEMBRO DE SU FAMILIA. "SU CASA/RESIDENCIA" INDICA USTED Y LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED CUYA RESPONSABILIDAD FINANCIERA ESTÁN A SU CARGO. LISTAR COMPAÑEROS DE CASA O MIEMBROS DE OTRAS FAMILIAS QUE ESTUVIESEN VIVIENDO CON USTED. INDÍQUELO EN EL PÁRRAFO 3.

NOMBRE <small>Indíquese usted mismo y todos los miembros de su familia.</small>	RELACIÓN A USTED	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	AÑOS	SEXO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿TIENE USTED INGRESOS?		¿ES USTED CIUDADANO?		¿*USTED ES RESIDENTE PERMANENTE?	
							SI	NO	SI	NO	SI	NO
USTED												

*Si usted o algún miembro de su hogar son residentes permanentes con registro, favor de adjuntar una foto copia del frente y el dorso de su matricula o tarjeta de residencia permanente.

3. ¿ALGUNA PERSONA RADICA O VIVE EN ESTA RESIDENCIA ADEMÁS DE LAS PERSONAS QUE USTED INDICO ARRIBA? NO YES

SI LA RESPUESTA ES SI, ¿CUÁNTAS OTRAS PERSONAS O FAMILIAS VIVEN CON USTED? _____ FAVOR DE INDICAR LOS NOMBRE DE FAMILIARES O AMISTADES FAMILIARES QUE VIVAN CON USTED. NO INCLUYA A SU PROPIA FAMILIA QUE ESTAN INDICADOS ARRIBA.

NOMBRE	RELACIÓN DE UD.	EDADES

Si Usted está enfrentando emergencias de calefacción de su casa, tal como cierre de su cuenta o que esté al pendiente de cierre. Póngase en contacto con el Departamento de Servicios Sociales. Para cualquier problema relacionado al sistema de calefacción de su casa primaria inmediatamente llame a Departamento del Seguro Social en su condado para asistencia.

● 4. INGRESOS DE LA FAMILIA

A. ¿ALGUNA PERSONA EN SU CASA TIENE INGRESOS DE TRABAJO? SI NO

LUGAR DE EMPLEO	DIRECCIÓN	¿QUIÉN RECIBIÓ \$?	¿CUÁNDO LE PAGAN?	CANTIDAD EN BRUTO POR MES?	ALTO: ADJUNTE SUS TALONES DE CHEQUES POR EL MES ANTERIOR DE TODOS LOS INGRESOS DE SU FAMILIA

B. ¿ALGUNA PERSONA EN SU CASA TIENE INGRESOS DE SUS NEGOCIOS PROPIOS? (INCLUYE CUIDADO DE NIÑOS, DAY CARE, ETC.)? SI NO

NEGOCIO	DIRECCIÓN	¿QUIÉN RECIBIÓ \$?	¿CUÁNDO LE PAGAN?	CANTIDAD EN BRUTO POR MES?	ADJUNTE COMPROBANTE DE EMPLEO DE NEGOCIO PROPIO Y SU DECLARACION DE PERDIDAS Y GANANCIAS.

C. ¿ALGUNA PERSONA EN SU CASA TIENE INGRESOS SIN TRABAJAR? SI NO

SI LA RESPUESTA ES "SI" (✓) INDÍQUELO ABAJO.	¿QUIÉN LO RECIBIÓ?	¿CUÁNDO LE PAGAN?	¿CANTIDAD EN BRUTO POR MES?	ADJUNTE COMPROBANTES DE TODOS SUS INGRESOS BRUTOS DE TODAS LAS PERSONAS EN SU CASA O VIVIENDA	
SECCIÓN 1					
<input type="checkbox"/> Ingresos de Seguro Social (SSI)					
<input type="checkbox"/> Colorado Works / TANF					
<input type="checkbox"/> Pensión de los Ancianos (OAP)					
<input type="checkbox"/> Aid to Needy Disabled (AND)/Aid to the Blind (AB)					
SECCIÓN 2					
<input type="checkbox"/> Número de Reclamo del Seguro Social #					
<input type="checkbox"/> Child Support/Mantenimiento de Niños					
<input type="checkbox"/> Alimony/Spousal maintenance/Mantenimiento para la esposa					
<input type="checkbox"/> Veterans Benefits/Beneficios a los Veteranos Número de Reclamo #					
<input type="checkbox"/> Compensación de desempleo a los Trabajadores					
<input type="checkbox"/> Compensación al los Trabajadores/Beneficios de Incapacitación o de Enfermedad					
<input type="checkbox"/> Pensión o Ingresos de Retiro					
<input type="checkbox"/> Dinero regalado de amigos o familiares					
<input type="checkbox"/> Cualquier otro ingreso, explique:					

¿Usted tiene gastos de préstamos o regalos de amigos o familiares? NO SI Si es "SI" Presente su arreglo de pagos de abonos.

Si es un préstamo, ¿Cuándo recibió usted el dinero _____? ¿Por que cantidad es el préstamo? _____

¿Cuándo empieza usted a pagar su préstamo? _____ ¿Cuánto dinero por mes? _____

Si es un regalo o regalos de un amigo o familiar, ¿Cuándo recibió usted el dinero? _____ ¿Cuánto? _____

D. EXPLIQUE COMO ESTÁ USTED PAGANDO LOS SIGUIERES GASTOS. UNICAMENTE SI SUS INGRESOS MENSUALES NO CUBREN SUS NECESIDADES BÁSICAS.

Renta _____

Utilidades _____

Comida _____

Otros gastos _____

● 5. ARREGLOS DE VIVIENDA

INDIQUE (✓) ¿DONDE VIVE USTED? DESCRÍBALO ABAJO.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> RV (de largo _____ de ancho _____) | <input type="checkbox"/> Dormitorio |
| <input type="checkbox"/> Duplex/Triplex/Fourplex | <input type="checkbox"/> Van/Carro/Auto/Vehiculo | <input type="checkbox"/> Casa de Miembros de Fraternidad/Sociedad |
| <input type="checkbox"/> Townhouse | <input type="checkbox"/> Casa de Huéspedes | <input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Apartamento/Condo | <input type="checkbox"/> Hotel | <input type="checkbox"/> Correccional/Carcel/Prision |
| <input type="checkbox"/> Casa Móvil (de largo _____ de ancho _____) | <input type="checkbox"/> Cabaña | <input type="checkbox"/> Casa para ancianos/Albergue |
| <input type="checkbox"/> Otro Lugar: | | |

Renta o Pagos de Hipoteca: Renta: \$ _____ Hipoteca: \$ _____ Renta de espacio/Lote: \$ _____

¿Vive usted en vivienda de subsidio, bajos ingresos, (sección 8, apartamentos de ancianos, vivienda pública, etc.)? SI No

¿Cómo se le llama el complejo de apartamentos donde usted vive? _____

● 6. INFORMACION SOBRE LA CALIFACCION/RENTA

INDIQUE (✓) EL MAYOR CONSUMO DE COMBUSTIBLE PARA CALENTAR SU CASA (NO LA LUZ). **INDIQUE UNO SOLAMENTE.**

Gas Natural Propane Electricidad Leña Carbón Aceite Otro: _____

INDIQUE (✓) LA MANERA DE PAGAR POR LA CALEFACCION (NO LA LUZ) SI SE PAGA EN SU CASA.

1. Pago los gastos de calefacción directamente a la compañía de utilidad o al vendedor de combustible. (Si así es, adjunte copia de su más reciente cuenta de calefacción).

Nombre del vendedor de combustible: _____ Número de su cuenta: _____

Si su cuenta está a nombre de otra persona, provee el nombre y dirección de esa persona y su relación a usted.

Nombre: _____ Dirección: _____ Relación: _____

Explique la razón por que su cuenta está a ese nombre: _____

2. La cuenta de calefacción está incluido en la renta. (Si así es, adjunte una copia de su más reciente recibo de su renta.)
El recibo de la renta tiene que indicar nitidamente que la calefacción está incluida

3. Alguna otra persona no miembro de mi familia paga los gastos de calefacción. Provee el nombre y dirección de esa persona y su relación a usted.

Nombre: _____ Dirección: _____ Relación: _____

Explique la razón porque esa persona paga su cuenta de calefacción: _____

¿TIENE USTED UNA TARJETA CONOCIDA COMO "COLORADO QUEST CARD"? SI NO

¿QUE NOMBRE SE ENCUENTRA EN LA TARJETA? _____

● 7. INFORMACION ADICIONAL

La información reportada en esta sección no será utilizada para determinar su elegibilidad para el LEAP o para su nivel de pagos. Esta información se utiliza únicamente para estadísticas.

INDIQUE (✓) LO CORRESPONDIENTE ABAJO QUE DESCRIBE A CUALQUIER MIEMBRO DE SU CASA O VIVIENDA:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niños de edades 0–2 años de edad | <input type="checkbox"/> Incapacitados o deshabilitados |
| <input type="checkbox"/> Niños de edades 3–5 años de edad | <input type="checkbox"/> Recibí LEAP el año pasado |
| <input type="checkbox"/> Niños de edades 6–20 años de edad | <input type="checkbox"/> Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Personas de 60 años de edad o mayo | |

Cabeza de la Casa: Hombre Mujer

Raza de la cabeza de la casa: Hispano Otro Blanco Afro Americano Nativo Americano Asiático Otro

YO ME ENTERE DEL PROGRAMA DE LEAP DE LOS SIGUIENTES FUENTES: (INDÍQUELO (✓) TODOS LOS QUE APLIQUEN:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Correo Directo | <input type="checkbox"/> Anuncios/Asiento de espera de Camiones |
| <input type="checkbox"/> Anuncio de LEAP | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Centro de Ancianos |
| <input type="checkbox"/> Compañía de calefacción | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Televisión |
| <input type="checkbox"/> Recibí la solicitud en el correo | <input type="checkbox"/> La oficina de estampilla de comida | <input type="checkbox"/> Social Services Office |

Firmando aquí abajo, yo comprendo el siguiente:

1. Si los servicios de preparación para el invierno se ponen en contacto conmigo y si yo rehusó mi permiso para ellos instalar los productos aislantes, el resultado puede ser que me niegen los beneficios LEAP.

Weatherization es un proceso tomado para prevenir que el aire frío entre, y la calefacción escape de la vivienda, asegurándose la disminución de los costos de la calefacción y aumentado la comodidad en la vivienda.

2. Usarán mi número de seguro social para pedir y cambiar información con otras agencias para determinar y verificar mi elegibilidad.

3. El Departamento de Servicios Humanos del Estado de Colorado (CDHS) puede usar mi número de seguro social para conseguir información sobre mis sueldos, ingresos, rentas, beneficios del seguro social, pensiones, jubilación de los ferrocarriles, o beneficios de veteranos. Doy al CDHS mi permiso para ponerse en contacto con otras agencias con el propósito de establecer mi elegibilidad.

4. Yo declaro que las informaciones que doy en esta solicitud son correctas y verdaderas. Comprendo que el castigo por dar informaciones falsa sera una multa de hasta \$15,000 o por menos de 5 años de prisión, o los dos.

FIRME SU NOMBRE COMPLETO ABAJO

FIRMA: _____ FECHA: _____
LA FIRMA DE LA SOLICITUD DEBE SER LA MISMA PERSONA LISTADA EN #1, PÁGINA 1 MES, DÍA, AÑO

– Si alguna persona le ayuda al solicitante a completar esta solicitud, esa persona debe firmar abajo.

NOTICIA IMPORTANTE

Según la legislación reciente, todos los solicitantes para LEAP deben proveer documentos adicionales con cada solicitud de LEAP.

Una copia legible de los siguientes documentos de identificación valida debe proveerse con cada solicitud de LEAP.

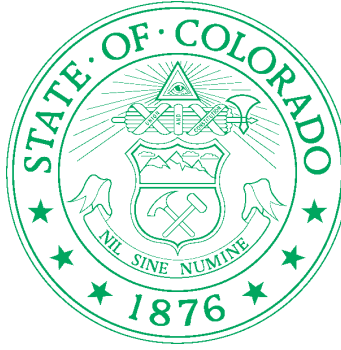
1. Una licencia de manejar del Estado de Colorado; o tarjeta de identificación; o
2. Una tarjeta del ejercito de Estados Unidos o, tarjeta de dependientes militares; o
3. Una tarjeta de los marineros, United Staes Merchant Mariner; o
4. Un documento de la tribu de los Nativos Americanos.
5. Cualquier otro documento autorizado por reglas adoptadas por el Department of Revenue (DOR).

AND,

El solicitante para el LEAP, también **debe completar, firmar, y fechar el documento localizado en la Página 5**. Favor de poner una "X" cerca de la declaración que sea correcta.

ESCOJA UNICAMENTE UNO

Según las reglas de LEAP, la persona indicada como el solicitante en la sección (#1) de la solicitud se le requiere la verificación de su presencia legal en los Estados Unidos (us). Si el solicitante llevo a los estados unidos sin documentación "legible" uscis/ins para verificar la presencia legal en los ee.uu.; esta persona no es elegible para recibir un beneficio de leap. No deben completar el documento legal, affidávit, si no es ciudadano de los ee.uu. Y que no tenga documentación legal para estar presente en los ee.uu. Favor de notar: su familia tal vez será elegible para recibir un beneficio de LEAP si hay miembros de la familia que son ciudadanos de los estados unidos y/o que tienen documentación legal y "legible" uscis/ins para verificar la presencia legal en los Estados Unidos.



AFFIDAVIT

Para el Departamento de Servicios Humanos y el Departamento de Política de Cuidado de Salud y Finanzas como Prueba de Presencia Legal en los Estados Unidos

Yo, _____, juro o afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Colorado que (indique uno)

_____ Yo soy ciudadano de los Estados Unidos, o

_____ Yo soy Residente Permanente Legal de los Estados Unidos, o

_____ Yo estoy presente legalmente en los Estados Unidos según la ley federal.

Yo comprendo que este es una declaración bajo juramento que se requiere por ley por la razón que yo he solicitado por beneficios públicos. Yo comprendo que la ley del estado me requiere de proveer prueba de que estoy presente legalmente en los Estados Unidos previamente de recibir estos beneficios públicos. Yo reconozco además que al hacer declaraciones falsas, ficticias, o fraudulenta, o representaciones en este affidavit bajo juramento es castigado bajo las leyes del estado, Colorado Revised Statute 18-8-503 de perjurio de segundo grado y podría constituir una ofensa criminal separada cada vez que se reciban beneficios bajo fraude.

Firma

Fecha

LISTA PARA EL SOLICITANTE

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD ENTREGUE TODA LA INFORMACION CON SU SOLICITUD

- He adjuntado una copia legible de mi identificación ID con foto.
- He completado, firmado y fechado el documento en la página 5.
- He adjuntado comprobante, (COPIAS de talones de cheques, cartas de obsequios, préstamos, etc.) indicando todos los ingresos recibidos en mi casa o vivienda del mes pasado.
- He adjuntado una copia de mi matrícula o tarjeta de residencia, con el frente y el dorso en copia, o prueba de mi estado migratorio de todas las personas en mi casa que no son ciudadanos de Estados Unidos.
- He adjuntado una COPIA de mi más corriente cuenta de calefacción (no de luz) mostrando el nombre de la compañía, dirección, y números de cuentas.
- He adjuntado una COPIA de mi recibo de la renta más corriente, si los gastos de calefacción están incluidos en la renta.

RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE LEA LOS SIGUIENTES Y PONGA SUS INICIALES EN CADA UNO

- _____ Yo comprendo que la oficina de LEAP tal vez requiere pruebas de la información que se provee en esta solicitud; o información reportada anteriormente a la oficina de LEAP.
- _____ Yo estoy enterado de que al rehusar de proveer evidencia de presencia legal, gastos de ingreso y calefacción resultará en negar beneficios de LEAP. Yo aquí autorizo la entrega de información relacionada a mi solicitud de LEAP y beneficios a mi compañía de utilidades o/y al vendedor de combustible si es necesario para pago al vendedor, para prevenir cierre o para obtener información de consumo de combustible, o para propósitos de insular sobre el clima.
- _____ Yo comprendo que al rehusar de permitir el insular sobre el clima de mi casa podrá resultar en negar beneficios de LEAP.
- _____ Estoy enterado de que tengo el derecho a una audiencia del condado y/o el derecho de apelación del estado y para asistencia legal de abogado en el evento de negación, reducción, o terminación de mi asistencia, y en otros asuntos por cual esos derechos de apelación si existen.
- _____ Yo comprendo que mis beneficios de LEAP no son para pagar todos los gastos de calificación. Yo soy responsable de pagar cualquier costo que todavía se le debe a mi proveedor o al dueño de la casa (si es aplicable).