



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA

El Programa CARE es un programa de mejoras de eficiencia energética administrado por Energy Outreach Colorado, una organización sin fines de lucro comprometida a garantizar que todas las personas que viven en Colorado puedan satisfacer sus necesidades de energía domésticas. En colaboración con su proveedor de servicios públicos, una red de contratistas locales y organizaciones sin fines de lucro, el Programa CARE puede ofrecer mejoras de eficiencia energética **GRATUITAS** a los hogares que están en o por debajo del 80% del ingreso medio del área.

Si está interesado en el Programa CARE, envíe una aplicación completa, incluida la documentación de verificación de ingresos requerida, a Energy Outreach Colorado a través del correo electrónico, fax o dirección postal en la siguiente página.

Si es aprobado para el Programa CARE, recibirá una auditoría de su energía doméstica gratuita para determinar qué trabajo se necesitará realizar en su hogar, seguido por el trabajo por nuestros contratistas de confianza. El trabajo puede incluir lo siguiente: bombillas LED, refrigerador Energy Star, sellado contra el aire, aislante, reemplazo/ajuste de sistemas mecánicos y más.

¿Tiene preguntas? Envíe un correo electrónico a apply@energyoutreach.org o llame al 888-266-3139.

O, si necesita asistencia con el pago de sus facturas de servicios públicos o está interesado en LEAP, llame al 1-866-HEAT-HELP para obtener más información.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre completo _____ Correo electrónico _____

de teléfono primario _____ Fecha de nacimiento _____

¿Ha recibido ayuda para pagar su factura de energía? Sí No

¿A través de LEAP u otro programa? LEAP Otro programa _____

Número de personas en la casa (TODOS en la casa): Adultos de 18 a 64 años: _____ Personas Mayores (65+ años): _____
Niños de 6 años y menores: _____ Niños de 7 a 17 años: _____

**Nota: Los miembros del hogar son solamente personas que viven con usted que tienen responsabilidades financieras. Por ejemplo, los cónyuges y los hijos son miembros del hogar, pero los compañeros de habitación/cuarto o los miembros de otras familias que viven con usted no lo son.*

Identidad de género: Femenino Masculino No-Binario Otro Prefiero no decir

Estado de Empleo: tiempo completo tiempo parcial desempleados jubilado otro

¿Hay alguien en tu casa discapacitado? Sí No

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Caucásico Isleño Pacífico/Hawaiano Nativo
Otro _____ Prefiero no decir

Étnia: Hispánico, Latino, o Español No es Hispánico/Latino/Español Prefiero no decir

Idioma preferido: Inglés Español Árabe Francés Alemán Coreano Ruso Vietnamita
Otro: _____

¿Cómo se enteró de este programa? _____

INFORMACIÓN POSTAL

Dirección física _____ Condado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Es la dirección física y dirección postal la misma?

Dirección postal _____ Condado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Tipo de vivienda: Apartamento Condo Casa adosada Casa Dúplex/Tríples/Quádruple Casa móvil

Estatus de la vivienda: Dueño Renta* * Si la vivienda es rentada, el propietario **DEBE** firmar la página de Autorización del Propietario.

¿Cuál es su principal fuente de calor? Electricidad Gas Propano Leña Otro: _____

PROVEEDORES ACTUALES DE ENERGIA

Puede encontrar esta información en su factura de servicios públicos. Esta información **DEBE** proporcionarse y ser precisa para procesar la solicitud y recibir servicios.

Proveedor de energía eléctrica _____ # de cuenta _____

Proveedor de gas natural o propano _____ # de cuenta _____

Nombre completo _____ Relación con el solicitante _____

INGRESO FAMILIAR

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE Pre-aprobado: Sí No Ingreso Familiar: _____ Referido por: _____

No se requiere documentación de Asistencia Familiar y Verificación de Ingresos si los ingresos han sido aprobados previamente por un programa de referencia.

Ingreso **Familiar** Anual antes de impuestos (el ingreso familiar total debe ser declarado): \$ _____

ASISTENCIA PARA EL HOGAR

¿Recibe actualmente alguno de los siguientes beneficios? (Marque todo lo que corresponda):

Ayuda a no-videntes (AB)	Asistencia de vivienda Sección 8
Ayuda para discapitados (AND)	Programa para Mujeres, bebés y niños (WIC)
Estampillas de comida (SNAP)	Ayuda temporal a familias necesitadas (TANF)
Pensión de vejez (OAP)	LEAP (Ayuda con la factura de servicios públicos)*

*Si actualmente esta recibiendo beneficios de LEAP, no se necesita documentación de verificación de ingresos

DOCUMENTACION DE VERIFICACION DE INGRESO REQUERIDA

El solicitante DEBE presentar uno de los siguientes documentos con su solicitud completa.

Carta de Beneficios de la lista anterior	Ingresos más recientes (3 talonarios de pago)	Seguro Social Suplementario (SSI)
Carta del Empleador	Ingreso del Seguro Social para discapitados(SSDI))	Carta de Beneficios de Jubilación
Salarios o Declaración Fiscal W-2*	La más reciente Declaración de Impuestos-Formulario 1040* del IRS**	Ingreso del Seguro Social (SSI)

**Por favor quite su número de Seguro Social de los documentos

AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información en esta solicitud y la documentación proveída es precisa y verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Al firmar este documento, libero a Energy Outreach Colorado (EOC) y sus agencias asociadas para intercambiar con otras entidades, incluidos, entre otros, proveedores de energía y propietarios, cualquier información esencial sobre mi caso que sea necesaria para obtener recursos que ayuden con mis necesidades de asistencia. Cualquier intercambio de información con terceros se hará sin discriminación y con respeto a mis derechos. Esta información se utilizará únicamente con el fin de proporcionarme asistencia energética y servicios relacionados. Además, doy mi consentimiento para ser contactado acerca de otros programas y servicios que pueden ayudarme a reducir mis costos de energía. Por la presente libero a EOC, sus funcionarios, directores, empleados, agentes y entidades afiliadas de cualquier responsabilidad relacionada con el suministro de la información en esta solicitud.

X

Firma del solicitante

Fecha

PRESENTACIÓN DE APLICACIÓN

Los solicitantes pueden entregar sus solicitudes completas y firmadas a EOC o su organización local de CARE.



ENERGY
OUTREACH
COLORADO

Correo

Energy Outreach Colorado
Attn: CARE Program
303 E. 17th Ave, Ste 405
Denver, Colorado 80203

Correo Electrónico

apply@energyoutreach.org
Preguntas
888-266-3139

AGENCIA

INFORMACION DE CONTACTO

REQUISITOS DEL PROGRAMA

1. LAS CONDICIONES EXISTENTES DEL HOGAR Y EL EQUIPO MECANICO DEBEN SATISFACER LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA PARA SER ELEGIBLE PARA LAS MEJORAS DE EFICIENCIA ENERGETICA. 2. TODAS LAS VIVIENDAS Y LOS ESPACIOS DENTRO DE LA VIVIENDA DEBEN SER ACCESIBLES Y PROPORCIONAR CONDICIONES LABORALES SEGURAS PARA LOS CONTRATISTAS DE LA INSTALACION. 3. LA APROBACION DE UNA SOLICITUD DE EOC NO GARANTIZA QUE EL HOGAR DEL MIEMBRO O CLIENTE RECIBIRA LAS MEJORAS DE EFICIENCIA ENERGETICA. 4. EOC Y TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS DEL PROGRAMA DE CARE SE RESERVAN EL DERECHO DE LLEVAR A CABO UNA INSPECCION DE LAS MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA FINANCIADAS. EL CLIENTE O MIEMBRO ACEPTA PROPORCIONAR ACCESO RAZONABLE PARA LA INSPECCION DE LA INSTALACION. SE PUEDEN HACER INSPECCIONES IN SITU HASTA UN AÑO DESPUES DE LA FECHA DE LA INSTALACION DE LAS MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA. 5. EOC Y TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS DEL PROGRAMA CARE NO SON RESPONSABLES POR LA ELIMINACION O RECICLAJE DE BASURAS GENERADAS COMO RESULTADO DE ESTE PROYECTO; NO SON RESPONSABLES DE CUALQUIER DAÑO CAUSADO POR LA OPERACION O MALFUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO INSTALADO; Y NO GARANTIZAN QUE UN NIVEL DE ENERGIA O AHORRO DE COSTO ESPECIFICO RESULTARA DE LA IMPLEMENTACION DE MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA O DEL USO DE PRODUCTOS FINANCIADOS POR ESTOS PROGRAMAS. 6. NO SE PERMITIRA QUE LOS SOLICITANTES OMITAN MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA QUE SE ESTIMA QUE SON EFICIENTES EN FUNCION DE LOS COSTOS. AISLAMIENTO, SELLADO CONTRA EL AIRE Y MEDIDAS DE BAJO COSTO DEBEN SER ABORDADAS ANTES DE CONSIDERAR EL REEMPLAZO DE EQUIPO MECANICO.