

Aplicación para ASISTENCIA DE ENERGIA PARA EL HOGAR



Por Favor regrese a _____
EMAIL _____ FAX _____ TELÉPHONO _____

TIPO DE EMERGENCIA

¿Qué tipo(s) de emergencia tiene? Escoja por lo menos una o dos opciones.

- Me cortaron el servicio de electricidad y/o gas.
- Recibí un aviso de desconexión pero no han desconectado mi electricidad o gas. *La desconexión está programada para*
- Mi tanque de propano, combustible o queroseno está vacío no tengo madera, pellets o carbón. ____/____/____
- Mi tanque de propano, combustible o queroseno tiene 30% o menos.
- Tengo un saldo adeudado pasado de electricidad o gas tengo muy poca madera, pellets o carbón.

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre Completo Legal (Nombres y Apellido) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Dirección _____ Condado _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección Postal _____ Igual que arriba Condado _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Correo Electrónico _____
Número de Teléfono Preferido _____ Número de Teléfono Secundario _____

INFORMACION DE LA FAMILIA

Nombre a **TODOS** los miembros de su casa e incluya su ingreso mensual, antes de pagar impuestos.

1) Nombre _____ Parentesco YO Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____
2) Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____
3) Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____
4) Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____
5) Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____
6) Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____

Ingreso TOTAL Mensual antes de pagar impuestos \$ _____

INFORMACION DE SU(S) CUENTA(S) DE SERVICIOS PUBLICOS

¿Con cuál factura de energía necesita ayuda? Puede listar hasta dos cuentas.

Nombre del Titular de la Cuenta _____ Igual que arriba

Si es aplicable, ¿por qué no está la factura a su nombre? _____

Si usted no es el titular, ¿aparece su nombre en la cuenta? Si No

1) Nombre de la Compañía _____ Número de Cuenta _____

Tipo de Cuenta Electricidad Gas Electricidad y Gas Propano
 Madera Pellets Carbón Queroseno Combustible

2) Nombre de la Compañía _____ Número de Cuenta _____

Tipo de Cuenta Electricidad Gas Electricidad y Gas Propano
 Madera Pellets Carbón Queroseno Combustible

INFORMACION DE LA CASA

- ¿En que tipo de casa vive? Casa Apartamento Casa Móvil
 Dúplex/Tríplex/Cuádruplex Casa Adosada
- ¿Es dueño o renta su casa? Soy dueño Rento
- ¿Está usted interesado en información sobre mejoras gratis para su casa para reducir su factura de energía? Si No

INFORMACION DEMOGRAFICA

Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad para recibir asistencia.

- Sexo: Femenino Masculino
- Situación Laboral: Tiempo Completo Tiempo Parcial Desempleado Retirado Otro
- ¿Está incapacitado? Si No
- ¿Es veterano? Si No
- Raza: Indígena Americano/Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Caucásico
 Hispano/Latino Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Otro

¿Ha pasado usted por alguna de estas situaciones en el año pasado? Marque todas las que apliquen.

- No compré comida para poder pagar mi factura de energía.
 No compré medicinas o recibí cuidado médico para poder pagar mi factura de energía.
 Estuve en peligro de ser expulsado porque no pude pagar por mis servicios públicos.
 Fui expulsado porque no pude pagar por mis servicios públicos.
 Mantuve la temperatura de mi casa muy fría/caliente porque no podía calentar/enfriar mi casa como debía.
 Ninguna

INFORMACION SOBRE BENEFICIOS

¿Alguien en su casa recibe alguno de estos beneficios?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AID to the Blind (AB) | <input type="checkbox"/> Social Security Disability Income (SSDI) |
| <input type="checkbox"/> Aid to the Needy Disabled (AND) | <input type="checkbox"/> Social Security Income (SSA) |
| <input type="checkbox"/> Food Stamps (SNAP) | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Women, Infants, & Children (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Temporary Aid to Needy Families (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Old Age Pension (OAP) | <input type="checkbox"/> Veteran's Disability |
| <input type="checkbox"/> Section 8 | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Public housing/rental assistance | |

ESTATUS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGIA PARA BAJOS INGRESOS (LEAP)

¿Cuál es su estatus en el programa LEAP?

Antes de recibir asistencia de EOC, usted debe aplicar a LEAP, si ese legible. Si no está seguro de qué es LEAP, por favor pregunte.

- Presenté la Aplicación LEAP Recibí LEAP Aplicación Negada No soy Elegible LEAP Cerrado (May 1 – Oct. 31)

Razón por la cual la aplicación fue negada/Es ilegible: _____

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Yo certifico que la información en esta aplicación y en la documentación de apoyo es precisa y verdadera según mi conocimiento. Al firmar este documento, yo permito a Energy Outreach Colorado (EOC) y a sus agencias asociadas que compartan con otras organizaciones incluyendo, pero no limitadas a, proveedores de energía cualquier información sobre mi caso que sea esencial o necesaria para obtener los recursos para satisfacer mis necesidades de asistencia. Cualquier información que sea compartida con terceras partes se hará sin discriminación y respetando mis derechos. Esta información se usará solamente con el propósito de proporcionarme con asistencia con la energía y otros servicios relacionados. Además, doy mi consentimiento para ser contactado sobre otros programas y servicios, tales como subsidios solares y climatización, que pueden ayudar a reducir mis gastos de energía a largo plazo. Por la presente, libero a EOC, sus funcionarios, directores, empleados, agentes y organizaciones afiliadas de cualquier responsabilidad relacionada con el suministro de información en esta aplicación.



Firma del Solicitante

Fecha



Encuesta de COVID-19

Instrucciones: Porfavor devuelva esta forma a su trabajador social con la Aplicación para Asistencia de Energía para el Hogar. Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad para recibir asistencia. Esta información es estrictamente para fines de investigación y presentación de informes y solo se compartirá de forma anónima.

Nombre del Solicitante: _____

Nombre del Trabajador Social: _____

Nombre del Agencia: _____

COVID-19 ha dañado económicamente a su hogar?

Si No

En caso de si, como? Seleccione todas las que apliquen.

- Despedido/furloughed
- Reducción de horas en el trabajo
- Se enfermó con COVID-19
- Tubo que cuidar miembro(s) de la familia enfermo(s) con COVID-19
- Tomó tiempo sin pago debido al cierre del trabajo o de la guardería
- Clasifico como un miembro de la población vulnerable, necesita quedarse en casa / limitar la exposición potencial a COVID-19

Otro _____
