



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA

Healthy Homes Program es un programa de mejorías de salud en su vivienda y mejoras de eficiencia energética administrado por Energy Outreach Colorado, una organización independiente sin fines de lucro cometida a que todos los habitantes de Colorado puedan pagar sus necesidades energeticas. En asociación con su proveedor de servicios públicos y el centro local de recursos energéticos, el Healthy Homes Program trabaja para ofrecerle mejoras de eficiencia energética y mejorías de salud en su vivienda **GRATIS** a clientes quienes tienen 80% o menos del ingreso promedio para el área.

Si está interesado en esta programa, por favor complete esta solicitud y devuélvala a Energy Outreach Colorado por correo electrónico, fax o dirección postal en la última página..

A través de su participación en el programa, recibirá una evaluación gratuita de energía y hogar para determinar qué trabajo necesitaría su hogar, seguido con nuestros contratistas confiados que completen el trabajo. Usted podría calificar para la instalación de las siguientes medidas: Aumentando la calidad del aire interior, una suscripción solar, bombillas LED, refrigerador de Energy Star, sellado de aire, aislamiento, reemplazo/ajuste de sistemas mecánicos, medidas de electrificación y más

¿Preguntas? Envíe un correo electrónico a healthyhomes@energyoutreach.org o llame al 720-769-7888.

Alternativamente, si necesita ayuda con el pago de su cuenta de energía le recomendamos que presente una solicitud para el programa LEAP, el cual está abierto del 1 de noviembre hasta el 30 de abril. Puede llamar al 1-866-HEAT-HELP para obtener más información.

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre completo _____ Correo electrónico _____

de teléfono primario _____ Fecha de nacimiento _____

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

¿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 Prefiero no decir

Estado de Empleo: tiempo completo tiempo parcial desempleados jubilado otro

¿Hay alguien en tu casa discapacitado? Sí No

Raza: Indio Americo/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Caucásico Isleño Pacifico/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? _____

DOMICILIO

Dirección física _____ Condado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

La dirección física y postal son las mismas

Dirección postal _____ Condado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

DATOS DEL HOGAR

Tipo de vivienda: Apartamento/Condominio Casa adosada Casa Casa móvil

Estado de la vivienda Dueño Renta*

*Si alquila su hogar, una vez que se envíe la solicitud, proporcionaremos una página de Autorización del propietario que requerirá la firma del propietario

PROVEEDORES ACTUALES DE ENERGIA

Puede encontrar esta información en su factura. DEBE proporcionar esta información para que se pueda procesar su solicitud y pueda recibir servicios.

Proveedor de energía eléctrica _____ # de cuenta _____

Proveedor de gas natural o propano _____ # de cuenta _____

Nombre completo del propietario de la cuenta _____ Relación con el solicitante _____

INGRESO FAMILIAR

USO DE OFICINA

SOLAMENTE

Pre-Approved: Yes No Household Income: _____ Referral Program: _____

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):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda a no-videntes (AB) | <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda Sección 8 |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para discapacitados (AND) | <input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, bebés y niños (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de comida (SNAP) | <input type="checkbox"/> Ayuda temporal a familias necesitadas (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Pensión de vejez (OAP) | <input type="checkbox"/> 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.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Carta de Beneficios de la lista anterior | <input type="checkbox"/> Ingresos más recientes (3 talonarios de pago) | <input type="checkbox"/> Seguro Social Suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Carta del Empleador | <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social para discapacitados(SSDI) | <input type="checkbox"/> Carta de Beneficios de Jubilación |
| <input type="checkbox"/> Salarios o Declaración Fiscal W-2* | <input type="checkbox"/> La más reciente Declaración de Impuestos-Formulario 1040* del IRS** | <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social(SSI) |

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

AUTORIZACION DEL SOLICITANTE

Certifico que la información en esta solicitud y los documentos de respaldo son correctos y verdaderos a mi mejor saber y entender. Reconozco que proporcionar información falsa, incorrecta o incompleta puede resultar en la suspensión permanente de mi participación en el programa y una posible responsabilidad penal. Al firmar este documento, autorizo a Energy Outreach Colorado (EOC) y sus agencias colaboradoras que intercambien con otras entidades, tales como proveedores de energía, cualquier información esencial sobre mi caso que sea necesaria para obtener recursos para cubrir mis necesidades de ayuda. Toda información intercambiada con terceras partes se hará sin discriminación y con el respecto a mis derechos. Esta información se hará únicamente con el propósito de proveerme asistencia de energía y servicios relacionados. Además, acepto que se comuniquen conmigo sobre otros programas y servicios, como subsidios solares y aislamientos térmicos, que pudieran ayudarme a reducir mis costos de energía a largo plazo. Por el presente exonero a EOC, sus funcionarios, directores, empleados, agentes y entidades afiliadas de toda responsabilidad relacionada al suministro de la información contenida en esta solicitud.

X

Firma del solicitante

Fecha

PRESENTACION DE LA SOLICITUD

Los solicitantes pueden entregar sus solicitudes completas y firmadas a Energy Outreach Colorado.



Correo
Energy Outreach Colorado
Attn: Healthy Homes Program
303 E. 17th Avenue, Suite 405
Denver, Colorado 80203

Correo electronico
healthyhomes@energyoutreach.org

Fax
303-547-1888

Preguntas
720-769-7888

REQUISITOS DEL PROGRAMA

1. LAS CONDICIONES EXISTENTES DEL HOGAR Y EL EQUIPO MECÁNICO DEBEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE LAS ESPECIFICACIONES DEL PROGRAMA PARA SER ELEGIBLE PARA LAS MEJORAS DEL HOGAR. 2. TODAS LAS VIVIENDAS Y ESPACIOS DENTRO DE LA VIVIENDA DEBEN SER ACCESIBLES Y EN CONDICIONES DE TRABAJO SEGURAS PARA LOS EVALUADORES Y CONTRATISTAS DE INSTALACIÓN. 3. LA ACEPTACIÓN POR PARTE DE ENERGY OUTREACH COLORADO DE UNA APPLICACION ENVIADA NO GARANTIZA QUE EL HOGAR DEL CLIENTE O DEL MIEMBRO RECIBIRÁ MEJORAS EN EL HOGAR. 4. ENERGY OUTREACH COLORADO Y TODOS LOS SERVICIOS PÚBLICOS DEL HEALTHY HOMES PROGRAM SE RESERVAN EL DERECHO DE REALIZAR UNA INSPECCIÓN EN EL SITIO DE LAS MEJORAS FINANCIADAS. EL CLIENTE O MIEMBRO ACEPTA PROPORCIONAR ACCESO RAZONABLE PARA INSPECCIONAR LA INSTALACIÓN. LAS INSPECCIONES IN SITU SE PUEDEN REALIZAR HASTA UN AÑO DESPUÉS DE LA FECHA DE INSTALACIÓN DE LAS MEJORAS. 5. ENERGY OUTREACH COLORADO Y TODOS LOS SERVICIOS PÚBLICOS DEL HEALTHY HOMES PROGRAM NO SON RESPONSABLES DE LA ELIMINACIÓN/RECICLAJE ADECUADOS DE CUALQUIER RESIDUO GENERADO COMO RESULTADO DE ESTE PROYECTO; NO SON RESPONSABLES DE NINGÚN DAÑO OCASIONADO POR EL FUNCIONAMIENTO O MAL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO INSTALADO; Y NO GARANTIZA QUE UN NIVEL ESPECÍFICO DE ENERGÍA O AHORRO DE COSTOS RESULTE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS IMPLEMENTADAS O EL USO DE PRODUCTOS FINANCIADOS BAJO ESTOS PROGRAMAS. 6. NO SE PERMITIRÁ A LOS SOLICITANTES OMITIR MEJORAS ELEGIBLES DE EFICIENCIA ENERGÉTICA QUE SE CONSIDEREN ECONÓMICAS. SE DEBEN CONSIDERAR MEJORAS DE AISLAMIENTO, SELLADO DE AIRE Y BAJO COSTO ANTES DE CONSIDERAR EL REEMPLAZO DEL EQUIPO MECÁNICO.