

## SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ENERGIA DEL CONDADO DE CLACKAMAS

Programa del año **2019-20**

**ENLISTESE UD PRIMERO Y DESPUES TODOS LOS QUE VIVEN EN SU RESIDENCIA (Más de 8 personas, sujetar una hoja adicional.)**

1 Nombre y Apellido Nombres Legales Solamente	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Lenguaje	Genero	Etnicidad <b>H</b> Hispano/Latino <b>NH</b> No	Raza	Educación	Discapacitado <b>Si</b> o <b>No</b>	Veterano <b>Si</b> o <b>No</b>	Tipo de Ingreso*	Ingreso Mensual en bruto por el mes anterior
Solicitante											

<b>2</b>	<b>*Tipo de ingreso (Referencia arriba)</b>					
Pensión o Manutención conyugal	Manutención de los hijos	Pensión de muerte	TANF	Intereses	Compensación de trabajadores	
Ingreso del Seguro Social	Negocio Propio	Intereses de fondos	Asistencia general	Sueldo	Otro origen de ingreso ( indique)	
Seguro de desempleo	Venta de propiedad	Educación	Discapacidad o pensión de Veteranos	Pensión privada		

**3** Dirección de la calle: \_\_\_\_\_ Depto. # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (s) \_\_\_\_\_

<p><b>4 Su hogar recibe cualquiera de los Sigüientes beneficios (Circule todos los que apliquen)</b></p> <p><b>SNAP</b> (Estampillas de Comida)    <b>WIC</b></p> <p><b>Plan</b> de salud de Oregón            <b>Ninguno</b></p> <p><b>VA</b> Servicios Médicos                <b>No se</b></p> <p><b>Medicare</b></p> <p><b>Otro</b> Seguro Médico</p> <p><b>TANF</b> Cuidado de Niños</p> <p><b>Asistencia</b> Pública o Ayuda de Renta Temporal</p>	<p><b>5 Tipo de Vivienda (Circule Abajo)</b></p> <p><b>C</b>asa Unifamiliar</p> <p><b>C</b>asa Manufacturada</p> <p><b>C</b>asa Móvil</p> <p><b>A</b>partamento</p> <p><b>H</b>otel/Motel</p> <p><b>R</b>emolque de viajes</p> <p><b>O</b>tro _____</p>	<p><b>6 Estado de Residencia (Circule Abajo)</b></p> <p><b>D</b>ueño</p> <p><b>R</b>enta (Calefacción <b>no</b> Incluida)</p> <p><b>R</b>enta (Calefacción Incluida)</p>	<p><b>7 Como Calienta su hogar (Circule Abajo)</b></p> <p><b>E</b>lectricidad</p> <p><b>G</b>as Natural</p> <p><b>A</b>ceite</p> <p><b>P</b>ropano/ Gas <b>L</b>iquido</p> <p><b>B</b>olita</p> <p><b>L</b>eña</p> <p><b>O</b>tro</p>	<p><b>8 ¿Hay una segunda forma de calentar su hogar? (Circule Abajo)</b></p> <p><b>E</b>lectricidad</p> <p><b>G</b>as Natural</p> <p><b>A</b>ceite</p> <p><b>P</b>ropano/ Gas <b>L</b>iquido</p> <p><b>B</b>olita</p> <p><b>L</b>eña    <b>O</b>tro</p>	<p><b>9 Vive usted en HUD ó Autoridad de Vivienda Sección 8 (Circule Uno)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Si</b></p> <p style="text-align: center;"><b>No</b></p>
---	---	--	---	---	---

**PARTE 1: NOTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE, DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA, Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE, EXENCIÓN Y RENUNCIA**  
**DECLARACION Y LIBERACION DE INFORMACION DEL SOLICITANTE**

- Yo, el solicitante, entiendo que los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno son voluntarios y mi aplicación será sujeta a un proceso comprobatorio para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Para que mi solicitud sea considerada, yo entiendo que necesito entregar una solicitud completa que provea toda la información requerida.
- Yo entiendo que podría ser necesario entregar información o documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Yo entiendo que la solicitud de mi hogar e información o documentación adicional serán parte de la solicitud de mi hogar (“Solicitud”).
- Yo entiendo que las decisiones de elegibilidad de asistencia son hechas por la agencia de Vivienda y Servicios Comunitarios del Estado de Oregon (OHCS) en conjunto con agencias sub-beneficiarias contratadas (“Sub-beneficiarios”).
- En caso que la solicitud de mi hogar sea negada, tendré el derecho a una revisión de mi solicitud bajo las Reglas Administrativas de Oregon vigentes.

**Con mi firma,**

- Yo autorizo que la solicitud de mi hogar sea compartida por y entre OHCS y el Estado de Oregon, incluyendo subcontratistas designados, y sub-beneficiarios con el propósito de determinar elegibilidad, y administrar, monitorear, investigar y evaluar (todos los cuales serán determinados por OHCS, según su criterio) los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno.
- Yo declaro que la información provista en mi solicitud es verdadera y correcta.
- Yo estoy de acuerdo en cumplir con los requisitos de los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno para hogares elegibles.
- Yo estoy de acuerdo que soy responsable por regresar fondos inelegibles o fondos usados inapropiadamente.

**PARTE 2: NOTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE, EXCENCION Y RENUNCIA**  
**RELACIONADA A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGIA E**  
**INFORMACION DE CUENTA DE SERVICIO DE ENERGIA DEL**  
**SOLICITANTE**

- Yo entiendo que el Estado de Oregon, incluyendo OHCS, sus subcontratistas designados, y sub-beneficiarios, pudieran solicitar información relacionada a mis cuentas(s) (“Cuenta”) de servicios de energía de mis proveedores(es) de servicios de energía, incluyendo utilidad, abastecedor de combustible, vendedor, u otra entidad similar proveyendo servicios similares (“Proveedor de Servicios de Energía”), cuando mi hogar solicite asistencia de energía por

medio de uno de los programas de asistencia de energía, incluyendo pero no limitado al Programa de Asistencia de Energía al Hogar de Bajos Recursos (LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregon (OEAP).

- Yo entiendo que la información relacionada a mi cuenta pudiera ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados, y sub-beneficiarios con el propósito de, incluyendo, pero no limitado a, determinar la elegibilidad de mi hogar para asistencia de energía, y administrar, monitorear, investigar y evaluar los programas de Asistencia de Energía/Climatización (todos los cuales serán determinados por OHCS, según su criterio).

**Con mi firma,**

- Yo reconozco que soy el titular de cuenta (o el agente autorizado del titular de cuenta) para la cuenta(s) del proveedor de servicios de energía identificadas en esta solicitud.
- Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa a mis proveedores de servicios de energía a divulgar y proveer cualquiera y toda información relacionada a mi cuenta, incluyendo pero no limitado a número de cuenta, nombre de cuenta, domicilio de servicio, fechas de factura y montos cobrados, información relacionada a acciones de cobranza, e otros cobros de cuenta misceláneos e información, u otros datos de cuenta similares los cuales pudieran ser solicitados por OHCS o su subcontratista designados (de aquí en adelante “Información de Cuenta”), al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y sub-beneficiarios.
- Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa a mis proveedores de servicios de energía por tal divulgación de mi Información de Cuenta por un periodo de hasta dos (2) años de programa de asistencia de energía (10/1 a 9/30) antes de mi solicitud y por tres (3) años de programa (10/1 a 9/30) después que mi solicitud haya sido entregada.
- Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y sub-beneficiarios en el uso (autorizado por OHCS según su criterio) de mi información de cuenta divulgada.

**PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE**

Con mi firma, yo por el presente doy la autorización, aprobación y reconocimiento requeridas a ambas partes, Parte 1 y Parte 2 de esta SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ENERGÍA/CLIMATIZACIÓN - DIVULGACIÓN Y APROBACIÓN REQUERIDA DEL SOLICITANTE

**Firma del solicitante Fecha**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

\_\_\_\_\_  
ESCRIBA EL NOMBRE DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

Solo para uso de la oficina:

**Authorization #** \_\_\_\_\_