

AVISO IMPORTANTE

Cómo solicitar el Programa de Asistencia para Servicios de Energía (EAP)

Complete la solicitud y entréguela (incluyendo nombre, fecha de nacimiento y números de Seguro Social para **TODAS** las personas que viven en su hogar) con la siguiente verificación:

1. Comprobantes de identidad para el jefe de familia (como licencia de conducir, tarjeta de identificación emitida por el gobierno, tarjeta de identificación de escuela, etc.) **y**;
2. Comprobantes de ciudadanía o estatus legal si nacido fuera de los Estados Unidos **y**;
3. Proporcione una copia de las facturas más recientes de calefacción y refrigeración **y**;
4. Si la factura de servicios públicos so está a nombre del solicitante, provea autorización por escrito del individuo que aparece en la factura de servicios públicos dando permiso al solicitante de completar la solicitud, que incluye la dirección, número de teléfono y firma del individuo **y**;

5. Comprobantes de **TODOS** los ingresos, por lo menos de los últimos treinta (30) días, de **TODAS LAS PERSONAS** que viven en el hogar.

Ejemplos de los tipos de ingresos: Empleo, manutención de niños, Seguro Social, Beneficios de Veteranos, pensión de jubilación, asistencia pública, reembolsos de servicios públicos, seguro de desempleo, intereses de ingresos, dinero de familia y/o amigos, u organizaciones, becas y/o subvenciones educativas, etc.

Nota: Si el individuo empleado está trabajando a través de una agencia de empleo, proporcione comprobantes de ingresos ganados de los últimos 12 meses.

6. Si los gastos del hogar exceden los ingresos del hogar, comprobantes de cómo está cubriendo las necesidades el hogar.

**** LA FALTA DE PROPORCIONAR ESTA INFORMACIÓN PUEDE RETRASAR EL PROCESO DE SU SOLICITUD. ****

Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben. Los solicitantes recibirán una notificación de decisión una vez que se haya hecho la determinación.

**Por favor de someter su solicitud para Asistencia para
Servicios de Energía y verificaciones en una de las siguientes
maneras:**

Energy Assistance Program
2527 N. Carson St., #260
Carson City, NV 89706
Fax: (775) 684-0740

Energy Assistance Program
3330 E. Flamingo Rd., #55
Las Vegas, NV 89121
Fax: (702) 486-1441

Dejarlo en cualquier oficina de Asistencia para Servicios de Energía listados arriba
o en cualquier Sitio de Evaluación y Oficina de Bienestar listado en el sitio web de
DWSS al dwss.nv.gov

O por correo electrónico mandar su solicitud al: energyassistance@dwss.nv.gov



División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social
SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS DE ENERGÍA

El **Programa de Asistencia para Servicios de Energía (EAP)** está diseñado para ayudar a hogares elegibles de Nevada con sus costos anuales de calefacción y electricidad.

*** REQUISITOS DE INGRESOS ***

El total de los ingresos mensuales en bruto de todos los miembros del hogar no puede exceder las cantidades indicadas en la siguiente tabla.

| <u>LOS INGRESOS MENSUALES EN BRUTO DE SU HOGAR NO PUEDEN EXCEDER:</u> | | | | | |
|--|------------------|--------------------|----------------------|------------------|--------------------|
| Personas en el hogar | Ingresos anuales | Ingresos mensuales | Personas en el hogar | Ingresos anuales | Ingresos mensuales |
| 1 | \$23,475 | \$1,956.25 | 5 | \$56,475 | \$4,706.25 |
| 2 | \$31,725 | \$2,643.75 | 6 | \$64,725 | \$5,393.75 |
| 3 | \$39,975 | \$3,331.25 | 7 | \$72,975 | \$6,081.25 |
| 4 | \$48,225 | \$4,018.75 | 8 | \$81,225 | \$6,768.75 |

(Para familias/hogares con más de 8 personas, añada \$8,250 a los ingresos anuales para cada persona adicional.)

Los hogares en donde vive alguien con una enfermedad crónica o de larga duración, que pagan gastos médicos por cuenta propia y cuyos ingresos en bruto exceden las normas de ingresos, pueden tener sus ingresos contables reducidos por gastos calificados verificados.

¿Algun miembro de su hogar tiene una enfermedad crónica o de largo plazo y que paga gastos médicos de su bolcillo? **Sí** **No** (Si marcó “Sí” y sus gastos exceden el límite mencionado arriba, favor de entregar verificaciones de sus gastos médicos.)

*** BENEFICIOS ***

Los hogares elegibles reciben un beneficio anual, una vez por año, llamado “crédito anual fijo” que normalmente se paga directamente a sus proveedores de energía. El beneficio aparece como un crédito en la factura.

Pago Mínimo – El pago mínimo anual para los hogares elegibles es de \$360.

*** ¿CUÁNDO SOLICITAR ASISTENCIA? ***

- ➔ Si su familia no está inscrita actualmente en el programa y cumple con los requisitos de ingresos, solicite **AHORA**.
- ➔ Si recibió un beneficio de EAP durante los últimos 12 meses, se le enviará por correo una notificación cuando sea necesario volver a solicitar EAP.

*** ¿QUÉ NECESITO? ***

Complete la solicitud de EAP y entréguela con la verificación requerida. Sugerencias para verificaciones de ingresos se indican al reverso de esta página B. Para otras preguntas, llame al:

Reno/Carson City (775) 684-0730

Las Vegas (702) 486-1404

Teléfono gratuito (800) 992-0900

Para obtener más información de los requisitos del programa visite nuestro sitio web:

<http://dwss.nv.gov>

Puede informarse acerca del Programa de Asistencia de Climatización en:

<http://housing.nv.gov/programs/Weatherization/>

EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA COMO COMPROBANTE DE INGRESOS

Toda la documentación enviada con su solicitud puede ser el original o una fotocopia. Si no puede fotocopiar los originales, nuestra oficina hará copias de los documentos y si lo pide, se los enviaremos después de procesar su caso.

Ingresos ganados: Incluyen ingresos de empleo, empleo por cuenta propia (ver a continuación), servicios de cuidado de niños, limpieza de casa, y/o cualquier servicio por el cual le pagan. Proporcione copias de sus talones de pago (si le pagan en efectivo, una declaración de la persona que le pagó por un servicio) por lo menos de los últimos treinta (30) días consecutivos. Si le pagan una vez por semana, proporcione 4 talones de pago. Si le pagan cada dos semanas o dos veces por mes, proporcione 2 talones de pago. Si no tiene talones de pago, es aceptable una declaración firmada y fechada en papel membretado, de su empleador indicando sus ingresos brutos de los últimos (30) días y la frecuencia de pago. Si está trabajando a través de una agencia de empleo o de guardia, proporcione comprobantes de ingresos de los últimos 12 meses.

Ingresos de Empleo por cuenta propia/Negocio sin fines de lucro: Pueden incluir estados de cuenta de ganancias y pérdidas firmados por el solicitante detallando los ingresos brutos y gastos (deben proporcionarse recibos de deducciones) durante los últimos 12 meses; una copia de la declaración de impuestos sobre las ventas con las ganancias brutas netas; estados financieros; una solicitud de préstamo con los ingresos y gastos de los últimos 12 meses; o el formulario 2011 de DWSS que incluye recibos para deducciones permitidas. Deducciones permitidas incluyen: los costos de bienes vendidos, útiles y materiales, publicidad, contabilidad y honorarios legales, salarios de empleados, renta/hipoteca de oficina, teléfono, servicios públicos, costos de transporte necesarios para producir ingresos, etc.

Ingresos no ganados: Incluyen ingresos de la Administración del Seguro Social, la Administración de Beneficios de Veteranos, pensiones, discapacidad, servicio militar, desempleo, manutención de niños, pensión alimenticia, intereses, dividendos o pagos periódicos de seguros o anualidades. ***Si recibe ingresos del Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos, pensiones, discapacidad, retiro militar o desempleo:*** proporcione una copia del formulario de verificación del beneficio o carta de concesión del presente año con cualquier aumento por costo de vida. ***Si recibe manutención de niños o pensión alimenticia:*** proporcione copia de la orden de divorcio/separación/acuerdo o una carta fechada de la persona que paga la manutención (incluyendo su nombre, dirección y teléfono), o una copia del último cheque o estado de cuenta de la agencia de Servicios de Cumplimiento de la Manutención de Niños. ***Si recibe intereses de ingresos o dividendos:*** proporcione 12 meses de estados de cuentas bancarios, certificados de depósito u otra documentación detallada firmada por la institución financiera, o estado de cuenta trimestral del agente comercial con los ingresos.

Contribuciones monetarias y/o regalos recurrentes: Si alguien le está ayudando a pagar sus gastos o le está dando dinero, proporcione una declaración firmada por cada persona, con su nombre, dirección y número de teléfono, indique si la ayuda continuará, y la cantidad que le ha proporcionado durante los últimos seis meses. Proporcione una declaración firmada y fechada de la persona que proporciona el dinero indicando la cantidad de la ayuda financiera, la frecuencia con que se paga, cuándo comenzó el arreglo, y si se paga directamente a un vendedor o a usted en dinero en efectivo. La declaración debe incluir el nombre con letra de molde, dirección(es) y teléfono(s) del contribuyente.

Ingresos estudiantiles: Incluye TODO tipo de becas y subvenciones como la Beca Pell, Beca Federal Complementaria para la Oportunidad Educativa (FSEOG), beneficios de educación de la Administración de Beneficios de Veteranos, etc. Por favor proporcione confirmación por escrito de la cantidad de la ayuda y confirmación por escrito de la institución educativa del costo

de la matrícula, cargos, libros y equipo para los dos (2) semestres anteriores y clases de verano (si es aplicable). Si los beneficios se pagan directamente al estudiante, se aceptan copias de los últimos cheques de beneficios o cheques cobrados o recibos de la matrícula, cargos, libros y equipo.

Ingresos de Asistencia Pública: Incluyendo pero no limitado a TANF, asistencia general del condado, Servicios Sociales de Clark County o Asistencia general para Indios Americanos/Nativos de Alaska. Proporcione una declaración por escrito de la agencia pública indicando la cantidad pagada durante el último mes o copia de la carta de concesión o cheque.

POR FAVOR TOME NOTA: No aceptamos los formularios 1099 o W-2 por sí solos como prueba de ingresos.

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS DE ENERGÍA
ENVÍE POR CORREO, FAX O DEJAR SU SOLICITUD EN CUALQUIER OFICINA DEL
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS DE ENERGÍA LISTADOS A
CONTINUACIÓN O EN CUALQUIER SITIO DE EVALUACIÓN Y OFICINA DE
BIENESTAR LISTADO EN EL SITIO WEB DE DWSS O POR CORREO ELECTRÓNICO
ENVÍE SU SOLICITUD AL: ENERGYASSISTANCE@DWSS.NV.GOV

LAS VEGAS / LAS VEGAS NORTE
3330 E. Flamingo Rd., #55,
Las Vegas, NV 89121
Teléfono: (702) 486-1404
Fax: (702) 486-1441

OFICINA PARA EL RESTO DEL ESTADO
2527 N. Carson Street, Suite 260,
Carson City, NV 89706
Teléfono: (775) 684-0730
Fax: (775) 684-0740

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS DE ENERGÍA

Por favor de completar cada sección, conteste cada pregunta, y firme la solicitud.

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/HOGAR

Complete lo siguiente para todas las personas que viven en su hogar, **incluyendo** a usted (*adjunte hojas adicionales si es necesario*). *El primer nombre en la solicitud debe ser el del solicitante (la persona en el hogar que aparece en la factura de servicios públicos). Proporcione prueba de identidad para el solicitante.*

Origen étnico - Por favor elija uno de los siguientes códigos para cada miembro del hogar: H-Hispano/Latino; N-No Hispano o Latino, o X-Preferir no divulgar

Raza - Por favor elija uno de los siguientes códigos para cada miembro del hogar: A-Asiático; B-Negro o Afroamericano; G-Norteafricano; H-Medio Oriental; I-Indio Americano o Nativo de Alaska; J-Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco; L-Asiático y Blanco; M-Negro o Afroamericano y Blanco; N-Indio Americano o Nativo de Alaska y Negro o Afroamericano; U-Nativo de Hawái u Otro isleño del Pacífico; W-Blanco; Z-2 o más combinaciones no indicadas anteriormente o X-Preferir no divulgar

Esta información se utiliza para cumplir con los requisitos establecidos por los estatutos revisados de Nevada 239B.022-239B.026. Solo el Departamento de Salud y Servicios Humanos tendrá acceso a esta información. Sus respuestas se mantendrán privadas y seguras. La información no será utilizada con fines discriminatorios. Proporcionar esta información es voluntario.

¿Qué sexo se le asignó al nacer, como en su certificado de nacimiento original? Por favor elija uno de los siguientes códigos para cada miembro del hogar: M-Masculino, F- Femenina.

¿Cómo se describe a sí mismo? Por favor elija uno de los siguientes códigos para cada miembro del hogar: M-Se identifica como Masculino, F-Se identifica como Femenina, HM-Hombre

transgénero/Hombre trans, TW- Mujer transgénero/Mujer trans, G- Género queer/género no conforme, D- Identidad Diferente (por favor especifique), X-Preferir no divulgar

¿Cuál de los siguientes representa mejor su identidad de orientación sexual? Por favor elija uno de los siguientes códigos para cada miembro del hogar: S-Heterosexual, G-Homosexual L-Lesbiana, B- Bisexual, N-No listado (por favor especifique), X-Preferir no divulgar

| Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre) (Jr., Sr., III) | Parentesco con usted | Origen étnico | Raza | Sexo le asignó al nacer | ¿Cómo se describe a sí mismo? | Identidad de orientación sexual | Fecha de nacimiento (mm/ dd/aa) | EDAD | Ciudadano de EE.UU. o *No ciudadano o elegible | | Discapacitado | | Número de Seguro Social |
|---|----------------------|---|------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------|--|----|---------------|----|-------------------------|
| | | | | | | | | | Sí | No | Sí | No | |
| | | FAVOR DE VER ARRIBA PARA LOS CÓDIGOS | | | | | | | | | | | |
| | Sí mismo | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

***Si hay personas adicionales en el hogar, indíquelas en una hoja aparte.**
***Anote los nombres de los miembros del hogar no ciudadanos autorizados como residentes legales de los Estados Unidos, y proporcione copias de la parte de frente y atrás de su I-551 (Tarjeta de Residente Permanente)**

| | | | |
|---------------------------|--------|--------|---------------|
| Dirección de su domicilio | Ciudad | Estado | Código postal |
|---------------------------|--------|--------|---------------|

Dirección en donde recibe correo *(si es distinta a la dirección de su domicilio.)*

| | | |
|--------|--------|---------------|
| Ciudad | Estado | Código postal |
|--------|--------|---------------|

| | | |
|------------------------------|--|---------------------------------|
| Teléfono del hogar () | Teléfono durante el día/ Mensajes/Celular () | Dirección de correo electrónico |
|------------------------------|--|---------------------------------|

¿Cuál es su idioma primaria para la comunicación? _____

B. INFORMACIÓN DE SU VIVIENDA

1. Tipo de vivienda: Casa Apartamento Condominio/Casa adosada
 Habitación alquilada Casa móvil Dúplex Motel/Hotel Estudio
 Caravana Otro: _____

2. Costo de vivienda: Renta \$ _____ Renta subvencionada \$ _____

Compra \$ _____ Renta de espacio \$ _____ Dueño

¿Cuándo terminó de pagar su hipoteca? _____

3. Sólo inquilinos/compradores: Nombre del propietario, complejo de vivienda o empresa prestadora hipotecaria: _____

Dirección: _____

No. de teléfono: (____) _____

4. ¿Reside en una vivienda subvencionada con la calefacción y electricidad incluidas en la renta?

SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, seleccione todo lo aplicable: Sección 8 Sección 49

Otro _____

C.HELP US BETTER SERVE OTHERS

¿Cómo se enteró acerca del Programa de Asistencia para servicios de Energía? Marque lo más aplicable:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Participante anterior de EAP |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Propietario | <input type="checkbox"/> Notificación por correo |
| <input type="checkbox"/> Periódicos, revistas, etc. | <input type="checkbox"/> Compañía de servicios públicos (volante o empleado) | |
| <input type="checkbox"/> Empleado de servicios sociales | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: <i>Por favor especifique</i> _____ | | |

D. INFORMACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

Proveedores de Energía

SERVICIO DE ELECTRICIDAD (Adjunte copia de la factura)

Marque lo aplicable:

- Recibe una factura de la compañía de servicios públicos
- El servicio de electricidad está incluido en la renta/hipoteca
- Paga una factura por separado al propietario para el servicio de electricidad

(Nombre de la compañía de electricidad)

SERVICIO DE CALEFACCIÓN (Adjunte copia de la factura)

Marque lo aplicable:

- Recibe una factura de la compañía de servicios públicos
- El servicio de calefacción está incluido en la renta/hipoteca
- Paga una factura por separado al propietario para el servicio de calefacción

(Nombre de la compañía de calefacción)

| | |
|--|--|
| (Número de cuenta con la compañía de electricidad) | (Número de cuenta con la compañía de calefacción) |
| | |
| (Nombre en la cuenta) | (Nombre en la cuenta) |
| <p>¿El nombre que aparece en la cuenta es el del propietario? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>(Si el titular de la cuenta no vive con usted, proporcione su dirección, número de teléfono, la relación de esta persona con usted, prueba de identidad de la persona cuyo nombre aparece en la factura de servicios públicos y una declaración que le autoriza a solicitar beneficios en su nombre.)</p> | <p>¿El nombre que aparece en la cuenta es el del propietario? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>(Si el titular de la cuenta no vive con usted, proporcione su dirección, número de teléfono, la relación de esta persona con usted, prueba de identidad de la persona cuyo nombre aparece en la factura de servicios públicos y una declaración que le autoriza a solicitar beneficios en su nombre.)</p> |
| AYUDA CON PAGOS ATRASADOS (Una vez cada cinco años) | AYUDA CON PAGOS ATRASADOS (Una vez cada cinco años) |
| <p>¿Tiene pagos atrasados con su compañía de electricidad y quiere ayuda para pagar esta deuda? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>¿Tiene pagos atrasados con su compañía de calefacción y quiere ayuda para pagar esta deuda? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> |

E. ¿CÓMO QUIERE QUE SE PAGUE SU BENEFICIO DE EAP?

Elija como quiere que se paguen sus beneficios de EAP: (Marque SÓLO uno)

- Mi beneficio dividido entre el proveedor de calefacción y el de electricidad.** **Pagar mi beneficio entero al proveedor de calefacción.**
- Pagar mi beneficio entero al proveedor de electricidad.**

Si usted elige dividir el pago, su beneficio se dividirá entre ambos proveedores de energía sin exceder su consumo anual por proveedor. El beneficio puede no resultar en una división equitativa a partes iguales.

Si usted elige un solo pago, su beneficio se pagará a ese proveedor para su consumo anual y si hay un saldo restante se pagará a su segundo proveedor. Si no elige una de las opciones anteriores, su beneficio se dividirá entre los dos proveedores sin exceder el consumo anual por proveedor.

F. INCOME

1.INGRESOS GANADOS: ¿Está trabajando algún miembro de su hogar, sin importar su edad?

SÍ NO **Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información: ((Incluya ingresos de empleo por cuenta propia, negocio, cuidado de niños, limpieza de casa, trabajo ocasional y organizaciones sin fines de lucro.))**

| NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA | EMPLEADOR | FECHA DE CONTRATACIÓN (mm/dd/aa) | TIPO DE TRABAJO | SALARIO EN BRUTO POR CHEQUE | FRECUENCIA DE PAGO | PROPINAS POR MES |
|----------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Anote todo los miembros del hogar, de 18 años o más, que no están empleados actualmente:

| NOMBRE DE LA PERSONA | EMPLEADOR ANTERIOR | ÚLTIMA FECHA QUE TRABAJÓ (mm/dd/aa) | SALARIO EN BRUTO POR CHEQUE | ¿ESPERA REGRESAR AL TRABAJO PENDIENTE SSI? Si la respuesta es Sí, explique. |
|----------------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Adjunte copias de todos los talones de pago u otro comprobante de ingresos brutos por lo menos de los últimos treinta (30) días aunque esta persona ya no esté empleada. No aceptamos los formularios 1099 o W-2 por sí solos como prueba de ingresos. EXCEPCIÓN: Para empleo por cuenta propia, adjunte estados de cuenta de ganancias y pérdidas de 12 meses.

2. INGRESOS NO GANADOS: Complete lo siguiente, indicando quién, si alguien, recibe dinero o beneficios de las fuentes indicadas a continuación. Debe marcar **SÍ** o **NO** para cada tipo de ingreso y adjuntar comprobantes de todos los ingresos no ganados. **No aceptamos los formularios 1099 o W-2 por sí solos como prueba de ingresos.**

| SÍ | NO | TIPO DE INGRESO | ¿QUIÉN LO RECIBE? | CANTI DAD BRUTA | FRECUE NCIA |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pensión alimenticia | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ingresos por Huéspedes/Inquilinos (<i>Adjunte comprobante de renta o alquiler notariado</i>) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manutención de niños | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Contribuciones/Regalos/Donaciones a una iglesia o caridad | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dinero para educación/Préstamos estudiantiles (<i>Adjunte comprobantes de la matrícula, libros y útiles para los DOS semestres</i>) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asistencia Nutricional (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional-SNAP) ¿En Nevada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si No, ¿en qué estado? _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidado temporal | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asistencia del condado / Asistencia general | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intereses / Dividendos / Anualidades / Regalías | | | |

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Préstamos | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ingresos en pago único (<i>Liquidaciones, pagos retroactivos, etc.</i>) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ingresos o asignaciones militares | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reclamos mineros | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pidiendo limosna | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pensiones / Pensión de jubilación | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alquiler o venta de propiedad | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retiro ferroviario | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Habitación alquilada (<i>Adjunte comprobante de renta o alquiler notariado</i>) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beneficios de la Seguridad Social (RSDI) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beneficios a huelguistas | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vivienda subvencionada | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arreglos de Vivienda Residencial (SLA) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asistencia de TANF | | | |

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asistencia tribal / Asistencia general para Indios Americanos (IGA) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ingresos de fondos fiduciarios (<i>Adjunte comprobante si no son accesibles</i>) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro de desempleo | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Subvención de servicios públicos / Cheque de reembolso | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beneficios de Veteranos | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ganancias de juego | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Compensación de Trabajadores o Discapacidad temporal | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro | | | |

PAGANDO GASTOS:

1. Si los gastos del hogar (p. ej., renta, servicios públicos, alimentos) son más que los ingresos del hogar, explique cómo paga estos gastos.

2. Si alguien le está ayudando a pagar sus gastos o le está dando dinero, usted debe proporcionar una declaración firmada por cada persona, con su nombre, dirección, número de teléfono y la cantidad de la ayuda financiera que le ha proporcionado durante cada uno de los últimos seis meses.

A continuación, complete la información de la(s) persona(s) que le proporcionó una declaración:

| Nombre de la persona ayudando | Dirección | Número de teléfono | Cantidad | Frecuencia |
|-------------------------------|-----------|--------------------|----------|------------|
| | | | | |
| | | | | |

¿Espera usted cambios en los ingresos o beneficios del hogar? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, ¿qué cambios? _____

¿Cuándo? _____

Cambios de ingresos antes de la certificación se utilizarán para determinar la elegibilidad.

G. RESPONSABILIDAD

La información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación o investigación por oficiales federales, estatales y locales. Si usted hace una declaración falsa o engañosa, falsifica, oculta o retiene información, o no reporta cambios para establecer o mantener elegibilidad de asistencia para servicios de energía, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. Si usted recibe beneficios a los que usted no tiene derecho, usted debe reembolsar todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. También puede ser prohibido de participar en el programa y ser procesado criminalmente o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

¿Se ha determinado alguna vez que usted cometió una Violación de Programa Intencional (IPV)?
 SÍ NO Si la respuesta es SÍ, ¿en qué estado? _____

Iniciales: ____ ____ **He leído la información en sección G. Responsabilidad**

H. AUTORIZACIÓN

Al firmar esta solicitud yo autorizo al Departamento de Salud y Recursos Humanos a realizar investigaciones acerca de mí o cualquier otro miembro de mi hogar que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios recibidos o por recibir bajo programas administrados por la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social. Por lo presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí y/o miembros de mi hogar a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social / Departamento de Salud y Servicios Humanos por el titular de la información, independientemente de la manera o forma de posesión, incluyendo pero no limitado a, información de salarios, la información hecha confidencial por ley o de otra manera

privilegiada bajo NRS 422A.342 o cualquier otra disposición de la ley. Yo autorizo al Programa de Asistencia para Servicios de Energía la divulgación de información acerca de mi hogar, incluyendo información del consumo de energía, al Programa de Asistencia de Climatización de la División de Viviendas del Estado de Nevada, para posible elegibilidad de climatización de mi residencia. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida. **YO RECONOZCO QUE UNA REPRODUCCIÓN DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERA LEGALMENTE COMO UNA COPIA ORIGINAL.**

Si tengo 60 años de edad o más, doy mi consentimiento para la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho como una persona mayor de tener mi identidad confidencial. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida.

Yo consiento a que la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social o sus representantes analicen mi consumo de energía y que avisen a los proveedores de subvenciones de asistencia y del estatus en el momento de la certificación. Consiento a que la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social utilice los Números de Seguro Social (SSN) proporcionados en esta solicitud para verificar los componentes de elegibilidad para el Programa de Asistencia para Servicios de Energía que puede incluir un intercambio de datos automatizado con la Administración del Seguro Social.

Yo estoy de acuerdo en notificar al Programa de Asistencia para Servicios de Energía de cualquier cambio en mi hogar que pueda afectar mis beneficios de asistencia de energía. Yo entiendo que si fallo en reportar cambios puede resultar en un sobre pago que yo sería responsable por reembolsar o acusación por la ley. Yo juro que yo he reportado honestamente la ciudadanía mía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.

Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son verdaderas, exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad.

Iniciales: ____ He leído la información en sección H. Autorización

I. DERECHOS Y OBLIGACIONES

Usted tiene los siguientes DERECHOS:

No se discriminará a ninguna persona por ningún motivo, p. ej., raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, desventaja (incluyendo el SIDA y condiciones relacionadas con el SIDA), creencias políticas, u origen nacional en ninguno de los programas administrados por la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social. Cuando el Programa de Asistencia para Servicios de Energía (EAP) paga a otra agencia, institución o persona por servicios de EAP a un hogar, el proveedor no puede discriminar por ningún motivo. Violaciones por discriminación deben reportarse inmediatamente a la oficina de Energy Assistance Program, Division of Welfare and Supportive Services Administrator, 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706-7924, (775) 684-0500, a la U.S. Office for Civil Rights (OCR), Department of Health and Human Services, 50 United Nations Plaza, San Francisco, California 94102, (415) 437-8310, (415) 437-8310, TDD (415) 437-8311 o llame gratis al 1-800-368-1019.

Usted tiene derecho a una conferencia si cree que se le ha tratado injustamente o que se cometió un error con respecto a su elegibilidad para asistencia. Para solicitar una conferencia, escriba o llame al Programa de Asistencia para Servicios de Energía.

Usted tiene derecho a una audiencia si no está satisfecho con la acción tomada por la agencia afectando su asistencia si la solicita, por escrito, dentro de los noventa 90 días desde la fecha de la acción/decisión de la agencia, a menos que la única razón por la acción/decisión sea la ley federal que requiere un ajuste de beneficios automático. Tiene derecho a una audiencia si su solicitud para

recibir asistencia ha sido negada, tramitada erróneamente, o no se ha tomado una decisión en un plazo razonable, o si sus beneficios han sido reducidos.

Usted tiene derecho a una notificación de decisión enviada por correo avisándole si es elegible para beneficios del programa y en qué cantidad, a quién se le pagará, y la(s) fecha(s) aproximada(s); o una notificación informándole que no es elegible para beneficios del programa y la razón.

El personal del programa está obligado a:

- Informar a los solicitantes de los requisitos de elegibilidad para el programa;
- Aconsejar acerca de los documentos requeridos; y/o
- Ayudar al solicitante cuando sea necesario.

Usted tiene las siguientes OBLIGACIONES:

Notificar al Programa de Asistencia para Servicios de Energía **dentro de diez (10) días corridos** de lo siguiente. La falta de notificación puede retrasar el proceso de su solicitud o resultar en la negación o reducción de beneficios.

- Cualquier cambio en los ingresos de su hogar o el tamaño de su hogar (número de personas que viven en el hogar);
- Si cambia de compañía de servicios públicos; o
- Si se muda en cualquier momento después de entregar su solicitud.

Responder a cualquier solicitud de información adicional necesaria para procesar su solicitud **dentro de diez (10) días corridos**. Es su responsabilidad el asegurar que todos los documentos solicitados se envíen por correo o fax con tiempo suficiente para cumplir con la fecha límite. El Programa de Asistencia para Servicios de Energía no es responsables por correo o faxes extraviados o incorrectamente dirigidos. (Asegúrese de indicar su nombre y Número de Seguro Social o UPI en todos documentos o correspondencia.)

Cooperar con los esfuerzos del Programa de Asistencia para Servicios de Energía de obtener toda la información necesaria para determinar elegibilidad o beneficios.

NOTA ESPECIAL:

Si usted está solicitando servicios del Programa de Asistencia para Servicios de Energía puede recibir ayuda con sus costos de servicios públicos. **PERO RECUERDE, DEBE SEGUIR PAGANDO SUS CUENTAS PARA LA FECHA DE VENCIMIENTO.** Si no las paga, la compañía puede cobrarle más por pagar con retraso. La compañía de servicios públicos puede discontinuar los servicios y obligarlo a pagar un depósito antes de volver a proveer servicios. ***Si no puede pagar su cuenta, póngase en contacto con la compañía de servicios públicos e intente hacer un arreglo de pago.***

Personas encontradas culpables de una violación intencional de las reglas del programa serán inelegibles para participar en el programa por un (1) año por la primera violación, dos (2) años por la segunda violación, y permanentemente por la tercera violación.

Iniciales: ____ ____ He leído la información en sección I. Derechos y Obligaciones

J. FIRMAS

Yo entiendo que si no firmo con mis iniciales en las páginas 5 a 6 donde indicado en esta solicitud, esto no libera ni a mí ni a los miembros de mi hogar de esos requisitos y obligaciones.

Yo entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son exactas y completas a mi leal saber y entender. Yo juro que he reportado honestamente mi estado de ciudadanía y de cualquier persona por la cual estoy solicitando. Mi firma a continuación indica que entiendo

los Derechos y Obligaciones como solicitante del Programa de Asistencia para Servicios de Energía.

Nombre con letra de molde del solicitante _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde de otro miembro adulto del hogar: _____

Firma de otro miembro adulto del hogar: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde de otro miembro adulto del hogar: _____

Firma de otro miembro adulto del hogar: _____ Fecha: _____

TESTIGO: (Utilice si el solicitante no sabe leer ni escribir o si es ciego.) Yo ayudé a completar esta Solicitud para el Programa de Asistencia para Servicios de Energía. La información contenida en esta solicitud ha sido leída al solicitante y he sido testigo de la firma anterior.

Nombre con letra de molde del testigo

Firma del testigo

Fecha

**SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR EN DONDE USTED VIVE AHORA,
¿DESEA REGISTRARSE A VOTAR AQUÍ HOY?**

(Por favor marque una de las casillas)

SÍ NO

Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que usted decidió no registrarse a votar en este momento.

La Ley Nacional de Registro de Votantes le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.

AVISO IMPORTANTE: El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar **NO AFECTARÁ** la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

Firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89710.