



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. Copia de su contrato de renta (listando todos los integrantes del hogar) o recibo de hipoteca; **y**
5. Si la factura de servicios públicos no 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 incluya la dirección, número de teléfono y firma del individuo; **y**
6. 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 doce (12) meses.

7. 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

Entregue la solicitud en cualquier oficina de Asistencia para Servicios de Energía listados arriba, o en cualquier oficina de DSS, o Sitio de Evaluación listado en el sitio web de DSS en <http://dss.nv.gov>, o mandar su solicitud por correo electrónico al: energyassistance@dss.nv.gov.

División de Servicios Sociales
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	\$23,940	\$1,995	5	\$58,020	\$4,835
2	\$32,460	\$2,705	6	\$66,540	\$5,545
3	\$40,980	\$3,415	7	\$75,060	\$6,255
4	\$49,500	\$4,125	8	\$83,580	\$6,925

(Para familias/hogares con más de ocho (8) personas, añade \$8,520 a los ingresos anuales, o \$710 a los ingresos mensuales, 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.

¿Algún miembro de su hogar tiene una enfermedad crónica o de largo plazo y que paga gastos médicos de su bolsillo? ☐ **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 doce (12) meses, se le enviará por correo una notificación cuando sea necesario volver a reaplicar para 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://dss.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 cuatro (4) talones de pago. Si le pagan cada dos (2) semanas o dos (2) veces por mes, proporcione dos (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 treinta (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 doce (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 doce (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 doce (12) meses; o el formulario 2011 de DSS 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 doce (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 (6) 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 SERVICIOS SOCIALES
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 OFICINA DE DSS, O EN CUALQUIER SITIO DE EVALUACIÓN LISTADO EN EL SITIO WEB DE DSS, O POR CORREO ELECTRÓNICO ENVÍE SU SOLICITUD AL: ENERGYASSISTANCE@DSS.NV.GOV

LAS VEGAS / LAS VEGAS NORTE

3330 E. Flamingo Road, #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-Oriente Medio; 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- Femenino.

¿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)	E D A D	Ciudadano de EE.UU. o *No ciudadano o elegible		Discapacitado		Número de Seguro Social
									Sí	No	Sí	No	
	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 <i>(si es distinta a la dirección de su domicilio.)</i>			
Ciudad	Estado	Código postal	

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

¿Cuál es su idioma primario 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. AYÚDENOS A SERVIR MEJOR A OTROS

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

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ TV | ☐ Amigo | ☐ Participante anterior de EAP |
| ☐ Radio | ☐ Propietario | ☐ Notificación por correo |
| ☐ Periódicos, revistas, etc. | ☐ Compañía de servicios públicos (volante o empleado) | |
| ☐ Empleado de servicios sociales | | |
| ☐ 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)
¿El nombre que aparece en la cuenta es el del propietario? ☐ SÍ ☐ NO (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.)	¿El nombre que aparece en la cuenta es el del propietario? ☐ SÍ ☐ NO (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.)
AYUDA CON PAGOS ATRASADOS (Una vez cada cinco años)	AYUDA CON PAGOS ATRASADOS (Una vez cada cinco años)
¿Tiene pagos atrasados con su compañía de electricidad y quiere ayuda para pagar esta deuda? ☐ SÍ ☐ NO	¿Tiene pagos atrasados con su compañía de calefacción y quiere ayuda para pagar esta deuda? ☐ SÍ ☐ NO

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 todos 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 doce (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?	CANTIDAD BRUTA	FRECUENCIA
☐	☐	Pensión alimenticia			
☐	☐	Ingresos por Huéspedes/Inquilinos <i>(Adjunte comprobante de renta o alquiler notariado)</i>			
☐	☐	Manutención de niños			
☐	☐	Contribuciones/Regalos/Donaciones a de una iglesia o caridad			
☐	☐	Dinero para educación/Préstamos estudiantiles <i>(Adjunte comprobantes de la matrícula, libros y útiles para los DOS semestres)</i>			
☐	☐	Asistencia Nutricional (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional-SNAP) ¿En Nevada? ☐ Sí ☐ No Si No, ¿en qué estado?			
☐	☐	Cuidado temporal			
☐	☐	Asistencia del condado / Asistencia general			

☐	☐	Intereses / Dividendos / Anualidades / Regalías			
☐	☐	Préstamos			
☐	☐	Ingresos en pago único (<i>Liquidaciones, pagos retroactivos, etc.</i>)			
☐	☐	Ingresos o asignaciones militares			
☐	☐	Reclamos mineros			
☐	☐	Pidiendo limosna			
☐	☐	Pensiones / Pensión de jubilación			
☐	☐	Alquiler o venta de propiedad			
☐	☐	Retiro ferroviario			
☐	☐	Habitación alquilada (<i>Adjunte comprobante de renta o alquiler notariado</i>)			
☐	☐	Beneficios de la Seguridad Social (RSDI)			
☐	☐	Beneficios a huelguistas			
☐	☐	Vivienda subvencionada			
☐	☐	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
☐	☐	Arreglos de Vivienda Residencial (SLA)			

☐	☐	Asistencia de TANF			
☐	☐	Asistencia tribal / Asistencia general para Indios Americanos (IGA)			
☐	☐	Ingresos de fondos fiduciarios (<i>Adjunte comprobante si no son accesibles</i>)			
☐	☐	Seguro de desempleo			
☐	☐	Subvención de servicios públicos / Cheque de reembolso			
☐	☐	Beneficios de Veteranos			
☐	☐	Ganancias de juego			
☐	☐	Compensación de Trabajadores o Discapacidad temporal			
☐	☐	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 Intencional de Programa (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 Servicios 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 Servicios Sociales. 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 Servicios Sociales y el Departamento de 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 sesenta (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 Servicios Sociales 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 Servicios Sociales 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.

De acuerdo con la ley del Estado de Nevada y las regulaciones federales aplicables, esta solicitud también puede servir como una solicitud de Asistencia General cuando exista una circunstancia extraordinaria según lo definido en NRS 422A. DSS puede utilizar la información de esta solicitud, incluso de manera retroactiva, para procesar conjuntamente la elegibilidad para la Asistencia General sin requerir una solicitud separada.

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 Servicios Sociales. 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 Social 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 descontinuar 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.

Esta página está intencionadamente en blanco.



SOLICITUD PARA INSCRIBIRSE COMO VOTANTE EN EL ESTADO DE NEVADA

Núm. de Solicitud

SÓLO USE TINTA NEGRA O AZUL – ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

ADVERTENCIA: PROVEER DATOS FALSOS CONSTITUYE UN DELITO MAYOR (FELONY) E INCLUYE UNA MULTA DE HASTA \$20,000.

Se requiere completar todas las casillas al menos que esté marcado Opcional. Si no provee toda la información requerida, su solicitud para inscribirse como votante no estará completa.

1.	¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No <i>Si usted marcó “No” a la pregunta anterior, no llene esta solicitud.</i> ¿Tendrá usted por lo menos 18 años de edad para o antes del día de la elección? ☐ Sí ☐ No ¿Si usted marcó “No” a la pregunta anterior, pero tiene por lo menos 17 años de edad, usted desea preinscribirse para votar? ☐ Sí ☐ No <i>Si usted marcó “No” a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.</i>						
2.	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sufijo			
3.	Dirección Residencial de Nevada – Vea las Instrucciones al Reverso (No Apartado Postal/Dirección de Negocio)			Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal
				NV			
4.	Dirección de Correo – Si es Diferente de la Anterior (Apartado Postal o Servicio de Buzón Aceptable)			Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal
5.	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		6.	Lugar de Nacimiento (Estado o País)		7.	Número de Teléfono (Opcional)
8.	☐ Yo tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación y el número es: _____ ☐ No tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación. Los últimos 4 dígitos de mi Número de Seguro Social son: XXX – XX - ____ ____ ____ ____ ☐ No tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación, y no tengo un Número de Seguro Social. Si selecciona esta opción, usted será contactado por su Departamento de Elecciones del Condado para obtener más información una vez que reciban su solicitud. <i>Aviso: Los números de identificación que indicó arriba es información confidencial y no estarán disponibles para inspección pública.</i>						
9.	Si es aplicable, marque una de las siguientes casillas: ☐ Militar Domestico (o cónyuge o dependiente de un militar) – Sólo seleccione si usted está en el servicio activo y estará ausente de su lugar de registro. ☐ Militar en el Extranjero (o cónyuge o dependiente de un militar) ☐ Ciudadano de los EE.UU. en el Extranjero						
10.	Correo Electrónico (Opcional) – Correo Electrónico es Información Confidencial		11.	☐ MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA GRANDE			
12.	Inscripción de Partido – Marque Sólo Una Casilla ☐ Partido Demócrata <i>(Democratic Party)</i> ☐ Partido Independiente Americano <i>(Independent American Party)</i> ☐ Partido Libertario de Nevada <i>(Libertarian Party of Nevada)</i> ☐ No Partidista (no afiliación a un partido) <i>(Nonpartisan - No Political Party)</i> ☐ Partido Republicano <i>(Republican Party)</i> ☐ Otro Partido – Escriba Abajo _____		13.	Yo juro o afirmo que soy ciudadano de los EE.UU. Tendré por lo menos 18 años de edad para la fecha de la próxima elección, o si indiqué en la Casilla 1 arriba que me estoy preinscribiendo para votar, tengo por lo menos 17 años de edad. He vivido continuamente en Nevada por lo menos 30 días en mi condado y por lo menos 10 días en mi distrito electoral antes de la próxima elección en la cual tengo la intención de votar. La dirección residencial aquí adentro anotada es mi único lugar de residencia legal y no reclamo ningún otro lugar como mi residencia legal. Si estoy preinscrito para votar, yo entiendo y confirmo que estaré considerado registrado para votar desde la fecha cuando cumpla 18 años a menos que mi preinscripción sea cancelada por cualquier medio o por cualquiera de las razones que se cancela el registro de votante de acuerdo al Capítulo 293 de los Estatutos Revisados de Nevada (Nevada Revised Statutes). Yo no estoy actualmente cumpliendo una pena de prisión por un delito mayor. Yo declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta. ↓ FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) ↓ _____/_____/_____ (MM / DD / AAAA)			
14.	Su nombre y dirección residencial de su última inscripción como votante (Nombre Usado, Dirección, Estado, etc.)						
15.	¡Importante! Si está asistiendo a una persona a inscribirse como votante y no ha sido designado como funcionario encargado de inscripciones (“Field Registrar”) por el Secretario del Condado/Registrador de Votantes o no es un empleado de una agencia para inscribir votantes, usted DEBE llenar esta casilla. Su firma es requerida. Falta en cumplir puede ser delito mayor.						
Nombre Completo		Dirección de Correo		Ciudad/Estado/Código Postal		Firma	

SÓLO PARA USO OFICIAL NO ESCRIBA EN LA SIGUIENTE ÁREA SOMBREADA.

DATE STAMP	☐ AGENCY	CANCELLED	APPLICATION NO.
	☐ FIELD REGISTRAR	INACTIVE	RECEIVED BY:
	☐ MAIL	PRECINCT	
☐ IN PERSON			
☐ OTHER			

✂ Separe Aquí ✂		✂ Separe Aquí ✂		✂ Separe Aquí ✂	
NOMBRE DE LA PERSONA RETENIENDO ESTA SOLICITUD (Agency Stamp or Name of Agent, Election Official or Person Retaining Application)		OFICIAL ELECTORAL O DE AGENCIA (Contact Information, Address, Telephone, Fax)		RECIBO DE VOTANTE (Favor de Guardar su Recibo)	
				Su información de registro de votante ha sido enviada a su Oficina de Elecciones del Condado para procesamiento. Dentro de 10 días, después de recibir su información, su Oficina de Elecciones del Condado le enviará por correo una Tarjeta de Inscripción Como Votante de Nevada o un aviso si se requiere información adicional para completar su inscripción.	
				NUM. DE SOLICITUD	

