

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN ADICIONAL**

Nombre:	Fecha de solicitud:	Número de expediente:.
---------	---------------------	------------------------

PROPORCIONE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA (EN LAS CASILLAS MARCADAS) EN EL SOBRE ADJUNTO ANTES DEL O SU SOLICITUD SERÁ RECHAZADA Y TENDRÁ QUE VOLVER A SOLICITAR EL BENEFICIO (solamente las casillas marcadas [x] son aplicables a su solicitud)

Fecha:

Si tiene preguntas o alguna dificultad para obtener la información, intentaré ayudarlo. Llame al número que aparece abajo.

Trabajador Social de Asistencia de Energía \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Nro. de teléfono. \_\_\_\_\_

1	<input type="checkbox"/>	Una fotocopia de su cheque actual del Seguro Social actual o una carta de otorgamiento actualizada de la oficina del Seguro Social. Si el pago se realiza a través de depósito directo, se aceptan estados de cuenta bancarios. Llame al 1-800-772-1213 para encontrar la oficina más cercana a su domicilio. Debemos tener comprobantes de todos los miembros del grupo familiar que reciben beneficios.																												
2	<input type="checkbox"/>	Una fotocopia de su cheque de compensación por desempleo y recibo de pago o notificación de determinación del beneficio.																												
3	<input type="checkbox"/>	Una fotocopia de lo siguiente: <input type="checkbox"/> Cheque de compensación a trabajadores, cheque de beneficio por enfermedad o carta de otorgamiento actualizada <input type="checkbox"/> Cheque de beneficio para veteranos o carta de otorgamiento actualizada <input type="checkbox"/> Cheque por neumoconiosis (pulmón negro) <input type="checkbox"/> Comprobante de ingresos por intereses y/o dividendos <input type="checkbox"/> Cheque de jubilación (si muestra la cantidad bruta antes de la deducción de impuestos o primas de seguro) o carta del empleador que muestre la cantidad bruta recibida																												
4	<input type="checkbox"/>	En caso de manutención por orden judicial, envíe la impresión o carta de la Oficina de Relaciones Domésticas. En caso de manutención sin orden judicial, una carta de la persona que paga la manutención con la dirección, el número de teléfono, la cantidad de la manutención y la frecuencia con que se paga.																												
5	<input type="checkbox"/>	Proporcione comprobantes de ingresos para las siguientes personas para el período o períodos que se muestran a continuación. <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">Nombre</th> <th style="width:12.5%;">Desde</th> <th style="width:12.5%;">Hasta</th> <th style="width:12.5%;">Desde</th> <th style="width:12.5%;">Hasta</th> <th style="width:12.5%;">Desde</th> <th style="width:12.5%;">Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nombre	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																					
Nombre	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta																								
6	<input type="checkbox"/>	El formulario adjunto Declaración del Arrendador (PWEA 36) completado y firmado por su arrendador.																												
7	<input type="checkbox"/>	Factura de calefacción o carta de su proveedor en la que declare que usted es un cliente. Debe verificar su fuente primaria de calefacción. <input type="checkbox"/> Su solicitud no tenía adjunta la factura <input type="checkbox"/> La factura tiene más de 2 meses de antigüedad <input type="checkbox"/> Explique el motivo por el que su factura de calefacción está a nombre de otra persona <input type="checkbox"/> Su servicio de electricidad no es para la calefacción <input type="checkbox"/> Su factura de gas es para cocinar y para agua caliente, no para la calefacción <input type="checkbox"/> Dado que el beneficio es para su fuente secundaria de calefacción, envíe las facturas de combustible para la fuente principal y secundaria																												
8	<input type="checkbox"/>	El formulario adjunto Declaración de Cero Ingreso (PWEA 6) completado y firmado por usted.																												
9	<input type="checkbox"/>	Una fotocopia de la tarjeta de condición de no ciudadano de los Estados Unidos para cada persona extranjera que resida con el grupo familiar.																												
10	<input type="checkbox"/>	Usted no firmó la solicitud. Lea toda la sección sobre certificación en el reverso de este formulario y complete la sección apropiada de la declaración nro. 2. Firme y coloque la fecha donde se indica con una "X".																												
11	<input type="checkbox"/>	Otros _____ _____																												

## Certificación

- Al firmar esta solicitud, otorgo mi permiso al Departamento de Bienestar Público o a su agente autorizado para: (a) verificar cualquier información que proporcione relativa a mi residencia, mis empleos, ingresos, recursos, suministro de energía y proveedor de energía; (b) averiguar sobre los costos de mi vivienda, calefacción y consumo de calefacción; y (c) completar encuestas relacionadas con la asistencia de energía.
- Si no proporciona un número de seguro social o la Declaración Jurada de Asistencia de Energía completa, usted no será elegible para recibir los beneficios. Certifico que: (marque todo lo que corresponda)
  - Proporcioné los números de Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar.
  - A mi leal saber y entender, estos miembros del grupo familiar no tienen números de Seguro Social:

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta*      *Nombre en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta*      *Nombre en letra de imprenta*

- Los siguientes miembros del grupo familiar ejercen sus derechos según la Sección 7 de la Ley de Privacidad de 1974 y se niegan a divulgar sus números de Seguro Social:

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta*      *Nombre en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta*      *Nombre en letra de imprenta*
- Autorizo la divulgación de información limitada a las agencias aprobadas que proveen otro tipo de asistencia para energía/climatización para la cual puedo resultar elegible.
- Entiendo que tengo el derecho de apelar cualquier decisión o demora excesiva en la decisión, que considere incorrecta con respecto a esta solicitud.
- Declaro que mi residencia legal es en Pensilvania.
- Entiendo que el/los número(s) de Seguro Social provisto(s) será(n) utilizado(s) en la administración de este programa, incluyendo las referencias cruzadas con otros programas.
- Entiendo que me enviarán una notificación de elegibilidad o de no elegibilidad y que, de ser elegible, dicha notificación indicará la cantidad de mi beneficio.
- También entiendo que si mi grupo familiar es elegible para recibir un beneficio en efectivo del programa LIHEAP, el dinero se enviará directamente a la empresa que me provee los servicios públicos o al proveedor de combustible, a menos que yo sea inquilino/arrendatario y que el gasto de calefacción esté incluido en el alquiler, o que el combustible sea proporcionado por un proveedor que no acepta pago a proveedores.
- Certifico que, sujeto a las penalidades previstas por ley, la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa.
- Sé que si proporciono información falsa, puedo ser penado con multa y/o prisión.
- Entiendo, al firmar esta solicitud, que puedo no calificar debido a que el dinero del programa LIHEAP se haya agotado.

**Firme aquí – Utilice tinta**

X

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha