

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA CAO**pennsylvania**

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

INSTRUCCIONES:

1. Tenga a bien firmar este formulario en la línea de firma del cuadro a continuación.
2. Doble la carta y colóquela en el sobre con estampilla provisto.

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

CO	NÚMERO DE REGISTRO	CSLD	DIST
NOMBRE DE REGISTRO			FECHA

NOMBRE: _____ **NÚMERO TELEFÓNICO:** _____**DIRECCIÓN:** _____**CERTIFICACIÓN**

1. Mediante mi firma en esta solicitud le doy mi permiso al Departamento de Servicios Humanos 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) Compartir información con mi proveedor de energía y recibir la información de mi proveedor de energía para permitir a DHS que obtenga un registro de mi información anual del consumo de energía, el costo y la facturación para evaluar programas, funcionamiento o para preparar informes; (c) completar encuestas relacionadas con asistencia con los costos del consumo de energía.
2. Si no proporciona un número de Seguro Social o no completa el affidavit (o declaración jurada) de asistencia de energía a continuación, usted no es elegible para recibir los beneficios.

Affidávit de asistencia de energía

Certifico que:

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:

(NOMBRES EN LETRA DE IMPRENTA)

Los siguientes miembros del grupo familiar, en ejercicio de sus derechos según la Sección 7 de la Ley de Privacidad de 1974, se niegan a divulgar sus números de Seguro Social o no pueden hacerlo por ser víctimas de violencia doméstica:

(NOMBRES EN LETRA DE IMPRENTA)

3. Autorizo la divulgación de mi información de elegibilidad de LIHEAP para y por parte de mis proveedores de energía o agencias de climatización, y les permito solicitar la asistencia para la que podría ser elegible. La asistencia podría incluir un subsidio en efectivo de LIHEAP o beneficios para Crisis o Climatización.
4. Entiendo que tengo el derecho de apelar cualquier decisión o demora excesiva en la decisión que considere incorrecta con respecto a esta solicitud.
5. Declaro que mi residencia legal es en Pennsylvania.
6. 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.
7. Entiendo que me enviarán una notificación de aprobación o de no aprobación y que, si soy aprobado, dicha notificación indicará la cantidad de mi beneficio.
8. También entiendo que si mi grupo familiar es aprobado 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.
9. Certifico que, sujeto a las penalizaciones previstas por ley, la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa.
10. Sé que si proporciono información falsa, puedo ser penado con multa o prisión.
11. Entiendo, al firmar esta solicitud, que quizás no sea aprobado debido a que el dinero del programa LIHEAP se haya agotado.
12. Si su hogar es elegible para LIHEAP, puede recibir un formulario de consentimiento Vía Rápida por correo que podría permitir que usted y los integrantes de su hogar se inscriban automáticamente en Asistencia Médica.

FIRME AQUÍ – USE TINTA**X**

FIRMA

FECHA