

Localidad / FIPS _____ Caso nro. _____ Fecha de recepción de la solicitud _____ Trabajador/a _____

SOLCITUD DE AYUDA PARA COMBUSTIBLE

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS POR COMPLETO

Se aceptan solicitudes desde el segundo martes de octubre hasta el segundo viernes de noviembre.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____
 Dirección física / de servicios (incluir el número del apto.): _____ código postal _____
 Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial): _____ código postal _____
 Número de teléfono fijo: _____ Número de teléfono celular: _____ Número de teléfono del trabajo: _____
 Dirección de correo electrónico: _____ Idioma principal que habla en la casa: _____

¿Cuál considera el mejor medio para que el / la trabajador/a se comunique con usted? **HAGA UN CÍRCULO** solo sobre una opción: Teléfono fijo Teléfono celular Teléfono del trabajo Dirección de correo electrónico

Método preferido de **correspondencia** (Nota: este método no es lo mismo que el mejor medio por el que el / la trabajador/a puede comunicarse con usted).

Si desea recibir un mensaje de texto o un correo electrónico en el que se le avise que puede acceder electrónicamente a algunos correos sobre sus beneficios a través de CommonHelp , seleccione una de las siguientes opciones. Consigne un número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija un método electrónico preferido de correspondencia, se utilizará para todos los programas del caso relacionado con la solicitud. Si no elige recibir notificación por mensaje de texto o correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del correo de los EE. UU. Si completa una solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, se le enviará toda la correspondencia por correo postal. El solicitante puede ponerse en contacto con el departamento local de servicios sociales para conocer cómo cambiar el método de correspondencia.

Mensaje de texto Correo electrónico Teléfono celular para enviar el mensaje: _____ Prestador del servicio de telefonía celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

1. MARQUE SÍ o NO para responder las siguientes preguntas.

A. Yo pago para calefaccionar la casa. _____ SÍ _____ NO B. Me entregan a domicilio aceite, queroseno, propano líquido (LP) o gas de bombona, carbón o leña. _____ SÍ _____ NO

2. HAGA UN CÍRCULO sobre la letra que mejor describa su situación de vida actual. Lea todas las opciones antes de escogerla. HAGA UN CÍRCULO SOLO SOBRE UNA OPCIÓN.

- A. Soy propietario o estoy en el proceso de comprar mi casa y pago todas las facturas de calefacción.
- B. Soy propietario o alquilo la casa y no pago la factura de calefacción.
- C. Pago \$ _____ de alquiler y, además, pago la calefacción por separado.
- E. Pago \$ _____ de alquiler y la calefacción está incluida en el pago del alquiler.
- F. Vivo en una vivienda subvencionada, Sección 8, HUD y, a veces, pago las tarifas por exceso de consumo.
- G. Vivo en una vivienda de la Sección 8, HUD, vivienda subvencionada, y pago, con regularidad, todas o parte de las facturas de calefacción.
- I. Vivo en una habitación en la casa de otra persona.
- L. Vivo en una institución, en un hogar colectivo, en un centro de tratamiento o en un hogar para adultos.
- P. No pago alquiler y vivo en un lugar con más de una habitación, en una casa o en un apartamento, y pago la calefacción.
- Q. Vivo en un refugio de emergencia o no tengo hogar. Ya planifiqué mudarme a una casa, a un apartamento o a un lugar con más de una habitación.

- 3. ¿Todas las personas que viven en la casa son ciudadanos estadounidenses? _____ SÍ _____ NO De marcar "No", ¿quién no es ciudadano/a? _____
- 4. ¿Algún integrante familiar tiene alguna discapacidad? _____ SÍ _____ NO De marcar "Sí", ¿quién tiene alguna discapacidad? _____
- 5. ¿Cuántas personas viven en la casa? _____
- 6. ¿Alguna persona no se encuentra en la casa de forma temporal? _____ SÍ _____ NO De marcar "Sí", ¿quién? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de regreso? _____

Haga una lista de todas las personas que viven en la casa, con usted en la primera fila. Haga una lista del número de seguridad social de todas las personas que viven en la casa. Complete la información de cada persona.

NOMBRE	VÍNCULO CON LA PERSONA EN LA FILA 1	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	GÉNERO (M, F)	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	HISPANO O LATINO		TRABAJA		MONTO BRUTO MENSUAL DE INGRESOS	INGRESOS PAGADOS cada semana, cada dos meses, cada medio mes, cada mes	ENUMERE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS salario por trabajo (enumere el nombre del empleador o de la empresa), trabajo independiente, desempleado, compensación para el trabajador, SSI, seguridad social, beneficios a veteranos, jubilación, TANF, manutención de menores, pensión alimenticia, ingreso por alquileres, etc.
						Sí (S)	No (N)	Sí (S)	No (N)			
	Usted											

7. ¿Algún integrante del hogar recibe los beneficio del SNAP (antes denominados “estampillas de comida”)? SÍ NO De marcar “Sí”, nombre(s) del caso _____

8. ¿Algún integrante de la casa recibe Medicaid? SÍ NO De marcar “Sí”, nombre(s) del caso _____

9. ¿Alguna persona recibe la atención de Medicaid en la casa o la comunidad? SÍ NO De marcar “Sí”, ¿quién? _____ El monto de paga del paciente es \$ _____

10. ¿Algún integrante paga Medicare Part B o Part D seguro? SÍ NO De marcar “Sí”, ¿quién? _____ ¿Cuánto? \$ _____

11. HAGA UN CÍRCULO sobre el tipo de equipo que emplea como fuente de calefacción primaria / principal para la casa. HAGA UN CÍRCULO SOLO SOBRE UNA OPCIÓN.

Horno	Radiador	Calentador portátil	Calefactor con espacio ventilado (calefactor con escape exterior o con sistema de monitoreo)			
Zócalo	Bomba de calor	Chimenea	Estufa a carbón o leña	Estufa para cocinar	Ninguno	Desconocido

12. HAGA UN CÍRCULO sobre el tipo de combustible que utiliza para calefaccionar la casa. HAGA UN CÍRCULO SOLO SOBRE UNA OPCIÓN.

Electricidad	Gas natural	Aceite	Queroseno transparente	Queroseno teñido (rojo)	Carbón	Madera	Propano líquido (LP) o gas de bombona
--------------	-------------	--------	------------------------	-------------------------	--------	--------	---------------------------------------

13. Nombre y dirección de la empresa usada para la calefacción hogareña: _____
Si calefacciona con electricidad o con gas natural, adjunte una copia de su factura eléctrica o de gas actual. Solo se puede realizar un pago de ayuda de combustible si usted debe un saldo en la factura eléctrica o de gas natural.
Complete la siguiente información:

Nombre de la cuenta _____ Número de cuenta _____ ¿Quién es responsable de pagar la factura? _____
¿El pago se realiza mediante un pago automático de débito / crédito o un giro bancario mensual? SÍ NO

Las siguientes preguntas se exigen solo por motivos federales de elaboración de informes. Las respuestas que brinde no afectarán el procesamiento de la solicitud, la elegibilidad ni el monto del beneficio.

14. Nombre de la empresa usada para recibir el servicio eléctrico: _____
Nombre de la cuenta _____ Número de cuenta _____

15. A continuación, describa las circunstancias energéticas que tienen las personas dentro de la casa en la actualidad:

<input type="checkbox"/> Calefacción principal: ya desconectada	Empresa: <u>_____</u>	Fecha de desconexión: <u>_____</u>
<input type="checkbox"/> Aviso ya recibido para la desconexión de la calefacción principal	Empresa: <u>_____</u>	Fecha fijada para la desconexión: <u>_____</u>
<input type="checkbox"/> Cuenta electrónica de prepago	¿El saldo es \$25 o inferior? <u> SÍ </u> <u> NO </u>	Saldo de la cuenta: \$ <u>_____</u>
<input type="checkbox"/> Tanque de propano o de gas de bombona	¿Menos del 20 % dentro del tanque? <u> SÍ </u> <u> NO </u> Tamaño del tanque: <u>_____</u>	¿Qué porcentaje tiene el tanque en la actualidad? <u>_____</u> %
<input type="checkbox"/> Tanque de aceite o queroseno	¿Menos del 25 galones dentro del tanque? <u> SÍ </u> <u> NO </u> Tamaño del tanque: <u>_____</u>	¿Cuántos galones tiene el tanque en la actualidad? <u>_____</u>
<input type="checkbox"/> Carbón o leña	¿Suministro para menos de 7 días? <u> SÍ </u> <u> NO </u> ¿Para cuántos días le dura el suministro de carbón o leña? <u>_____</u>	

Certificación de la agencia de registro de votante del estado de Virginia

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿desea solicitar aquí hoy el registro para votar?

- Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual o no soy elegible para registrarme para votar y no necesito una solicitud para registrarme para votar.
- Sí, me gustaría solicitar registrarme para votar. (Haga clic aquí para hacer la solicitud en línea o haga clic aquí para descargar un formulario de registro del votante).
- No, no quiero registrarme para votar.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.
Solicitar registrarse para votar o negarse a registrarse para votar no afectará la asistencia o los servicios que le proporcionará esta agencia.
Si se niega a registrarse para votar, este hecho permanecerá confidencial. Si se registra para votar, su solicitud se mantendrá en forma confidencial y solo se utilizará para fines de registro de votantes.
Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado si lo desea. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, puede presentar una queja ante: Secretaría de la Junta de Elecciones del estado de Virginia, Washington Building, 1100 Bank Street, Richmond, VA 23219-3497. (804) 864-8901

El Departamento de Desarrollo Comunitario y de Viviendas de Virginia imparte el Weatherization Assistance Program (WAP, Programa de Ayuda para la Climatización) por medio de una red de organizaciones sin fines de lucro en todo el estado. El WAP disminuye el consumo energético del hogar con la instalación de medidas rentables para el ahorro energético, y estas medidas, a su vez, mejoran la seguridad y la salud del residente. Algunas medidas habituales incluyen tapar las fugas de aire, agregar aislantes y reparar los sistemas de calefacción y de refrigeración. Puede obtener más información sobre el WAP en <https://www.dhcd.virginia.gov/wx> o llamando al (804) 371-7000.

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que las declaraciones y los documentos adjuntos anteriores son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. En un lapso máximo de cinco días, le avisaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) sobre cualquier cambio que acontezca en mi situación actual. Tomo conocimiento de que ni yo ni ningún otro integrante de mi casa puede vender mercadería en mi nombre a través de este programa, salvo que el DSS local haya otorgado el permiso para venderla. Todos los beneficios recibidos deben usarse para el fin autorizado. Puedo presentar una queja si considero que fui discriminado por mi raza, color, país de origen, discapacidad, sexo, edad, creencias políticas, religión, orientación sexual y estado civil o familiar. Si brindo información falsa, oculto información, no informo los cambios con prontitud o consigo ayuda para la que no reúno los requisitos, yo podría estar infringiendo la ley y, por lo tanto, me podrían procesar por perjurio, hurto o fraude. Si completé el presente formulario de solicitud, o ayudé en el proceso de completarlo y asistí e incité al solicitante a conseguir ayuda para la cual no reúne las condiciones necesarias, yo podría estar infringiendo la ley y, por lo tanto, me podrían procesar. Tomo conocimiento de que el DSS puede usar la información presente en esta solicitud o que me pueden contactar a los fines de realizar una investigación, una evaluación y un análisis en la medida que lo permita la ley estatal y federal. Mi firma autoriza al DSS a obtener toda verificación con el objeto de demostrar la elegibilidad de mi hogar para recibir ayuda o de brindar la información de mi expediente de caso a otras organizaciones de las que he recibido o solicitado asistencia. Tomo conocimiento de que, al proporcionar la información de mi cuenta / proveedor(es) de energía, autorizo al (los) proveedor(es) de energía a brindar detalles sobre mi cuenta y sobre mi consumo de energía al DSS para los fines de la verificación, evaluación, elaboración de informes y análisis del programa. Me comprometo a mantener indemne y/o a liberar a mi(s) proveedor(es) de energía de cualquier reclamo, pérdida, demanda, daño o responsabilidad de todo tipo y, además, contra todo lo antes mencionado provocados o presuntamente provocados por dicha divulgación.

En el caso de que se apruebe la solicitud, se le enviará por correo el aviso de aprobación a finales de diciembre.

Firma O marca del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Testigo que marca o intérprete: _____ **Número de teléfono:** _____ **Fecha:** _____

Completafo en nombre del solicitante por: _____ **Número de teléfono:** _____ **Fecha:** _____

Por favor, devuelva su solicitud completa a su departamento local de servicios sociales.