



APLICACION PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PARA ENERGIA PARA 2004-2005

El Departamento de Desarrollo (ODOD) ofrece varios programas para ayudar a los residentes de Ohio que tienen bajos ingresos, a pagar sus cuentas de calefacción y hacer más eficiente la energía en sus hogares. Con esta forma usted puede aplicar por los programas siguientes: Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP), HEAP Programa de Emergencia de Crisis del invierno (E-HEAP), HEAP Programa de Crisis del verano, el programa del Plan de Pago basado en un porcentaje del salario (PIPP), y el Programa de Asistencia de Insulación para el hogar (HWAP). Para el Programa de Emergencia (E-HEAP), una cita es necesaria en una de las agencias locales.

ELEGIBILIDAD

Familias pueden ser elegibles para asistencia si los recursos económicos son a o abajo del 150% de la guía federal de pobreza. Una vez su aplicación ha sido procesada le será enviada una carta notificándole si usted es elegible o no para recibir asistencia en su cuenta de energía. Si usted es elegible, la cantidad de ayuda que recibirá estará basada en la cantidad de personas en su hogar, el salario de toda la familia, la clase de energía usada para calentar su casa. En la mayoría de los casos, el beneficio será en una forma de crédito que será aplicado a su cuenta por su compañía de utilidad. Si usted es elegible para el programa de insulación, su aplicación será enviada a la agencia que provee esos servicios en su área. Los servicios recibidos serán basados en la eficiencia de energía en su hogar. Si usted vive en casa subsidiada por el gobierno, y tiene su recibo de calefacción en su nombre, usted puede ser elegible para asistencia. Pero si vive en casa subsidiada por el gobierno y su calefacción es incluida en su renta, usted no será elegible para recibir pago de asistencia, pero puede ser elegible para servicios de insulación.

Residentes de una facilidad médica (hospital, asilos), lugares públicamente operados como una residencia comunal por ejemplo, (YMCA), casas de huéspedes, casas para estudiantes, casas de emergencia para damnificados NO son elegibles para recibir pago de asistencia, pero pueden ser elegibles para servicios de insulación. Todas las personas que comparten la misma cocina y baño son considerados miembros de la familia y deben aplicar con una aplicación para todos. Estudiantes que están ausentes del hogar atendiendo colegio y que son reclamados en los impuestos deben ser incluidos en la aplicación para la determinación de elegibilidad y no deben aplicar por pago de asistencia como un hogar separado.

Hogares que tienen un miembro de 65 años de edad o mayor y o un miembro que está totalmente y permanentemente incapacitado será evaluado para un aumento en su beneficio.

DEFINICION DE INGRESOS

Ingreso familiar está definido como el ingreso grueso de todos los miembros de la familia, con excepción de el salario o salarios ganados por miembros dependientes menores de 18 años de edad. Cabeza de familia y esposa (o) no deben ser considerados como menores. Ingreso total incluye: Salario (trabajo), (excluyendo premios documentados para seguros de salud) interés, pensiones, pensiones vitalicias, seguro social, excluyendo premios para medicare) retiro, beneficio por incapacidad pagado por el empleador, asistencia pública, seguro social suplementario (SSI), soporte para la esposa (o) soporte para los niños, beneficio de desempleo, compensación de trabajadores, y cualquier otro beneficio indirecto recibido como ayuda de las compañías de utilidad. Para servicios de insulación, familias que recibieron asistencia pública TANF, HEAP, o SSI, durante los previos 12 meses, son elegibles.

Para uso de oficina

COMPLETE SOLAMENTE UNA APLICACION POR FAMILIA Por favor complete todas las preguntas y adhiera la prueba requerida. Una aplicación incompleta atrasará la asistencia para su hogar.

USTED DEBE FIRMAR ESTA APLICACION PARA RECIBIR ASISTENCIA

Escriba a máquina o letra impresa	Nombre	Inicial	Apellido	No. del Seguro Social			
	Direccion donde recibe su correo (No. de Calle incluyendo ruta)			No. de Apartamento			
	Ciudad	Estado	Sistema de Cifras	Condado de Ohio			
	No. de Telefono durante el dia (Incluyendo Codigo) ()	Fecha de Nacimiento Mes Dia Año		Direccion Electronica			
	Residencia Actual si es diferente de la primera			No. de Apartamento			
	Ciudad	Estado	Sistema de Cifras	Condado de Ohio			

- 1) **Incluyendose usted, cuantas personas viven en su casa?**
(Incluya todas las personas que aparecen en la pregunta No. 2)
- 2) **Incluyendose usted, liste nombres, edad, numeros del seguro social, el ingreso grueso por los ultimos 3 o 12 meses de cada una de las personas que estan viviendo en su casa** (Use una hoja de papel por separado si es necesario) Incluya el salario de todas las personas que estan viviendo en su casa exceptuando el salario ganado por menores de 18 años. Envíe prueba de salario (adjunte prueba de ingresos – mire las instrucciones).

Miembros de La Familia	No. del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Fuente de Ingreso	Mes Presente	Ultimos 3 Meses	Ultimos 12 Meses
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

3) Cual fue el Ingreso Total de toda la Familia por los Ultimos 12 Meses?

4) 1 2 Recibe Usted Asistencia Publica? No. del Caso

Si No

5) **FUENTE DE SALARIO** (Indique la fuente de salario(s) para su hogar)

- Trabajo Pensión Seguro Social Soporte para Niños Incapacidad (Empleo)
- Trabajo por si mismo VA Pensión SSDI Compensación de Trabajadores Interés
- Desempleo VA Incapacidad SSI TANF/DA Otro
- No salario (explique en una hoja de papel por separado)

6) 1 2 Es alguien en su casa ciudadano de otro pais que no sea los Estados Unidos?

Si No

7) 1 2 Si la pregunta No. 6 es si, es esta persona residente permanente de los USA?

Si No

8) 1 2 Si la pregunta No. 6 es si, tiene esta persona una visa temporaria?

Si No

9) **Numero de Americanos Nativos (como es definido por la Oficina de Asuntos Indigenos) en su hogar**

Para uso de Oficina

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

10) **No. de Trabajores Migrantes en su hogar**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

11) **No. de personas incapacitadas**

12) **Es alguno de los miembros en la pregunta No. 11 totalmente y permanente incapacitado?**
(si es si, envíe prueba – mire las instrucciones en la ultima pagina).

13) 1 2 **Ha recibido su hogar servicios de insulación de algun programa de conservación de energia, por ejemplo, una compañía de utilidad?**
Si la respuesta es si, de el nombre del programa:

Si No

14) ¹ ² Le gustaria aplicar por insulacion?

15) Esta usted rentando o es dueño de su casa? Dueño (comprando) Renta. Si es dueño de casa vaya a la pregunta 19.

16) Nombre del dueño de propiedad

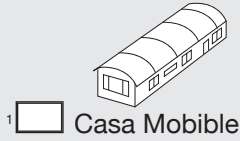
Dirección

No. del Telefono

17) ¹ ² Renta usted un cuarto en la casa de otra familia?

18) ¹ ² Recibe usted asistencia para su renta del gobierno? Ejemplo: Seccion 8, HUD, Vivienda Metropolitana?

19) Marque la caja que mejor describa el tipo de su vivienda.



20) Cual es su principal fuente de energia?

Gas Natural Gas Propano, Gas embotellado (L.P. Gas) Aceite de Petroleo o Kerosene Carbón o Madera Electricidad

<p>Complete esta sección para su principal fuente de calefacción incluyendo todos los hogares con calefacción eléctrica. Escriba el nombre de su compañía y su cuenta en el espacio proveido abajo. Por favor incluya copia de su <u>ULTIMO</u> recibo de calefaccion.</p>	<p>Complete esta sección con el nombre de la compañía eléctrica y su cuenta. Por favor incluya copia su <u>ULTIMO</u> recibo de electricidad.</p>
<p>Principal Fuente de Energia (lo mismo que la Pregunta 20)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> ^{Sí} 2 <input type="checkbox"/> ^{No} Participa su hogar en el programa de PIPP para su calefacción? (mire la descripción de los programas)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> ^{Sí} 2 <input type="checkbox"/> ^{No} Si no, quiere usted participar en PIPP?</p> <p>Compañía/Vendedor <input type="text"/></p> <p>Cuenta <input type="text"/></p> <p>21) 1 <input type="checkbox"/> ^{Sí} 2 <input type="checkbox"/> ^{No} Está el costo de su calefacción incluido en su renta?</p> <p>22) 1 <input type="checkbox"/> ^{Sí} 2 <input type="checkbox"/> ^{No} Está el recibo de su calefacción en el nombre de otra persona? Si es si, de el nombre _____</p> <p>23) 1 <input type="checkbox"/> ^{Sí} 2 <input type="checkbox"/> ^{No} Comparte usted su medidor de calefacción con otra familia?</p> <p>Codigo del Vendedor <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Para uso de oficina</p>	<p>Electricidad</p> <p>1 <input type="checkbox"/> ^{Sí} 2 <input type="checkbox"/> ^{No} Participa su hogar en el Programa de PIPP para su electricidad? (mire la descripción de los programas)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> ^{Sí} 2 <input type="checkbox"/> ^{No} Si no, quiere usted participar en PIPP?</p> <p>Compañía/Vendedor <input type="text"/></p> <p>Cuenta <input type="text"/></p> <p>24) 1 <input type="checkbox"/> ^{Sí} 2 <input type="checkbox"/> ^{No} Está su electricidad incluida en su renta?</p> <p>25) 1 <input type="checkbox"/> ^{Sí} 2 <input type="checkbox"/> ^{No} Está su recibo de su electricidad en el Nombre de otra persona? Si es si, de el nombre _____</p> <p>26) 1 <input type="checkbox"/> ^{Sí} 2 <input type="checkbox"/> ^{No} Comparte usted su medidor de eletrico con otra familia?</p> <p>Codigo del Vendedor <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Para uso de oficina</p>

Entiendo que firmando esta aplicación estoy autorizando al Departamento de Desarrollo de Ohio o a sus proveedores autorizados acceso a mi banco, lugar de empleo, welfare, la compañía de utilidad u otros documentos que se necesiten para verificación. Firmando esta aplicación autorizo al Departamento de Desarrollo y sus designados y al Departamento de Energia y sus designados y a proveedores autorizados a inspeccionar mi casa y cualquier trabajo ejecutado en mi hogar. Entiendo que al llenar esta aplicación no me garantiza que mi hogar recibirá asistencia. Entiendo que cualquier proveedor autorizado puede anular un pago que ha sido aprobado si la información obtenida determina que mi hogar no es elegible para recibir asistencia de acuerdo a las reglas de cada programa. Entiendo que tengo el derecho de apelar dentro de 30 días si he sido notificado for escrito que han sido negados los servicios de asistencia. Certifico que todas las declaraciones hechas en esta aplicación, de lo mejor de mi conocimiento, son correctas y verdaderas. Entiendo que puedo ser responsable en corte civil y criminal bajo las leyes federales y del estado sin con conocimiento doy una declaración falsa o fraudulenta. Entiendo que el Programa de Emergencia de HEAP no es responsable si no estoy satisfecho con la calidad o cantidad de combustible ordenado. Si no estoy satisfecho, es mi responsabilidad de resolver el problema con el vendedor. Si soy o voy a ser un cliente del programa de PIPP entiendo que puedo ser incluido en un grupo por el cual el servicio eléctrico puede ser comprado en comun. La revelación del numero del Seguro Social es mandatoria para recibir los beneficios de asistencia en cualquier programa de energia. [45Ncfr 96.84©; 42 U.S.C. 405©(2)©(i)].

Firme aqui X _____ Fecha _____



OHIO DEPARTAMENTO DE DESARROLLO

INSTRUCCIONES

PRUEBA DE INGRESOS

Usted debe enviar documentos que prueben el ingreso total de toda la familia. Ejemplo de documentos que prueban el ingreso total de la familia son: copias de los cheques de pago, una carta firmada por su empleador, historia de pago por asistencia pública (welfare), carta del seguro social, carta de la oficina de desempleo, formulario de declaración de impuestos/ formularios de impuestos para negocios, carta de la oficina de compensación para trabajadores, etc.

Por favor envíe prueba de ingresos que soporte la pregunta No. 3. Si no tiene documentación por alguno de los 12 meses de ingreso o declara 0 ingresos, por favor explique. Si la respuesta para la pregunta No. 5 es "No Ingresos", escriba y firme un documento explicando como esta manteniendo su hogar Si no envía la documentación requerida sera causa de atraso en el proceso de su aplicación. Por favor envíe copias, los originales no seran devueltos.

HEAP 2004-2005 – GUIA DE INGRESOS

No. de personas en el hogar	Salario total grueso
1 persona	Hasta \$13,965
2 personas	Hasta \$18,735
3 personas	Hasta \$23,505
4 personas	Hasta \$28,275
5 personas	Hasta \$33,045
6 personas	Hasta \$37,815
7 personas	Hasta \$42,585
8 personas	Hasta \$47,355

Para familias con mas de 8 miembros, agregue \$4,770 por miembro.

PRUEBA DE INCAPACIDAD

Si su respuesta es si a la pregunta #12, usted puede ser elegible por un beneficio mas grande. Para ser elegible para este beneficio, usted debe enviar prueba de incapacidad total y permanente, no necesita decir cual es la naturaleza de su incapacidad. Como prueba sera una carta de su doctor, carta del seguro social suplementario, carta del seguro social para incapacitados, compensacion para trabajadores, etc. Permanente y totalmente incapacitado quiere decir una persona que tiene, en el primer dia de Julio del año que envió su aplicación, un impedimento fisico o mental que hace a la persona incapaz de trabajar en cualquier empleo remunerativo que la persona, de otra manera, pudiera ser capaz de realizar, y que continúe por un periodo indefinido por lo menos 12 meses sin ningun indicio de recuperacion, o ha sido certificado como permanente y totalmente incapacitado por una agencia del estado o agencia federal que tienen la autoridad de clasificar estas personas.

PRUEBA DE COMBUSTIBLE

Adjunte una copia de su cuenta de utilidad, o cualquier otro documento que enseñe su principal fuente de energia y su principal proveedor. Tambien, adjunte una copia de su electricidad aunque electricidad no sea la fuente principal de energia. Para calificar por beneficios del programa de HEAP Crisis del Verano, debe enviar la información requerida con respecto a su proveedor de electricidad con esta aplicación.

PREGUNTAS?

Si tiene preguntas acerca de HEAP or HWAP, llame al numero gratis 1-800-282-0880, o en el condado de Franklin 644-6600. Personas con problemas auditivos deben llamar al numero 1-800-686-1557, o en el condado de Franklin 752-8808. Si tiene preguntas acerca de E-HEAP or PIPP llame a su proveedor local en su condado. El numero de telefono para el proveedor en su condado puede ser adquirido a llamando al telefono libre.

Si usted quiere chequear el estado de su aplicacion, llame los numeros que aparecen arriba o visite el website de HEAP a: www.odod.state.oh.us/heapapplicationstatus

Listas de proveedores para HEAP estan en el internet a www.odod.state.oh.us/cdd/oeo/res_hwap_locate.htm. La dirección electronica para el Departamento de Desarrollo es www.odod.state.oh.us. La dirección para la Comunidad de Desarrollo Division de Energia para Asistencia es www.energyhelp.odod.state.oh.us.

POR FAVOR FIRME Y ENVIE LA APLICACION A:
OFFICE OF COMMUNITY SERVICES/HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM
PO BOX 1240
COLUMBUS, OHIO 43216