

SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ENERGIA PARA 2011-2012

El Departamento de Desarrollo (ODOD) ofrece varios programas para ayudar a las personas que residen en Ohio con bajos recursos economicos a pagar los altos costos de energia, y hacer mas eficiente la energia en sus hogares. Con esta forma puede aplicar por los programas siguientes: Asistencia de Energia para el Hogar (HEAP), el Programa de Crisis del Invierno (WCP), El Programa de Crisis del Verano (SCP), el Programa de Pago Mas (PIPP Plus), basado en un porcentaje de sus ingresos y el Programa de Insulación para el hogar (HWAP). Para aplicar a los programas de WCP y SCP, se debe hacer una cita en su agencia local. Además, la cuenta de las utilidades debe estar a nombre del miembro de familia que va a aplicar y que califique al programa.

ELIGIBILIDAD

HEAP es un programa federalmente-fundado designado para ayudar a los residents del Estado de Ohio con bajos recursos economicos con sus utilidades durante el invierno. Hogares pueden ser elegibles para HEAP WCP o SCP o HWAP si el hogar está a un 200% o mas bajo de las pautas federales de pobreza. El hogar puede ser elegible para recibir servicios de PIPP Mas si su hogar esta a 150% o mas bajo de las pautas federales de pobreza. Una vez su solicitud ha sido procesada, usted recibira una carta notificandole si usted es elegible o no para recibir ayuda en el pago de su cuenta de energia. Si usted es elegible, la cantidad de ayuda dependerá en los niveles federales de financiamiento, cantidad de personas en su hogar, los ingresos anuales totales y la clase de calefacción usada para calentar la casa. En la mayoría de los casos, el beneficio será en una forma de credito aplicado a su cuenta de energia a la compañía de utilidad. Este sera su unico pago. Si usted es elegible para servicios de insulación, su aplicación puede ser obtenida en la agencia que ofrece esta clase de servicios en su area. La clase de servicio recibido será basado en la eficiencia de energia en su hogar. Si vive en una casa subsidiada por el gobierno, y tiene la cuenta de energia (calefacción) en su nombre usted puede ser elegible para recibir ayuda.

Residentes de una facilidad con licencia medica (hospital, facilidad de enfermeria o una facilidad intermedia de cuidados) residencias communes publicamente operarados (ejemplo:YMCA) no son elegibles. Casas que ofrecen hospedaje y alimentos, hogares para grupos o refugios de emergencia no son elegibles para recibir pagos de asistencia, pero pueden ser elegibles para ayuda con servicios de insulación. Todas las personas que comparten la misma cocina y baño son considerados miembros de la misma familia y deben aplicar en una sola aplicacion.

PROGRAMA DE PLAN DE PAGO MAS (PIPP PLUS)

PIPP Mas es un plan de pago especial que requiere que los clients que son elegibles, pagar una porción de los ingresos totales en el hogar cada mes para mantener los servicios de las utilidades. PIPP Mas protege a los clients contra la desconexión de servicio siempre y cuando sigan las reglas del programa acerca de sus pagos mensuales. Todas las compañías de gas y electricidad que estan reguladas por la Comisión de Utilidades Publicas de Ohio (PUCO) deben ofrecer este plan de pago a sus clients. PIPP Mas no esta disponible para los clients de cooperatives rurales, utilidades municipals o a los usuarios de combustible entregado. El recibo de utilidad debe estar en el nombre de la persona que aplica por PIPP Mas. Una vez que se haya inscrito al programa y haya pagado la primera cuota, usted recibirá un crédito por los cuotas pagadas antes de que se hiciera miembro del programa.

Para inscribirse para el programa de PIPP Mas puede hacerlo por medio de esta aplicación solamente con las compañías siguientes: American Electric Power (AEP), Columbia Gas, Dayton Power and Light (DP&L), Dominion East Ohio Gas, Duke Energy, First Energy (Cleveland Illuminating Co., Ohio Edison, Toledo Edison), y Vectren.

PROGRAMA DE INSULACION PARA EL HOGAR

HWAP es un programa federalmente-fundado, que ayuda a residentes a travez del estado con bajos ingresos a reducir el uso de energia haciendola mas eficiente. Los servicios a travez de HWAP incluyen reparación del atico, insulación de paredes y sotano, reducción del escape de gas, reparación o cambio del sistema de calefacción, medidas mas eficientes y seguras dirigidas hacia la operación y eficiencia de aparatos electricos, inspecciones y pruebas para la seguridad y salud. Los servicios de este programa son basados en la estructura y el uso de energia en el hogar. HWAP esta administrado localmente por las agencias de servicios a la comunidad, agencias de servicios sociales y agencias del gobierno local.

CONTACTOS PARA INFORMACION

Preguntas concerniendo Programas de Asistencia para el Hogar: energyhelp.ohio.gov o escribanos energyhelp@odod.state.oh.us
1-800-282-0880 o (614) 644-6600 Residentes del Condado de Franklin.

Para personas con problemas auditivos: 1-800-686-1557 o (614)752-8808 Residentes del Condado de Franklin.

DEFINICION DE INGRESOS

Ingreso familiar esta definido como el ingreso grueso total de todos los miembros de la familia, con excepción de los salarios ganados for miembros dependientes menores de 18 años de edad. Cabeza de familia y esposa (o) no deben ser considerados como menores. Ingreso total incluye: salario (excluyendo las primas documentadas para seguros de salud, visión y dental) interes, pensiones, anualidades, Seguro Social (excluyendo primas por Medicare) retiro, invalidez por empleo, asistencia publica, Seguro Social Suplementario (SSI) compensación por desempleo, compensación de trabajadores y cualquier otro beneficio recibido indirectamente como ayuda de las compañías de utilidades. Otras exclusiones pueden aplicar si son documentadas.

2011-2012 Guía de Ingresos

# de personas en el hogar	Ingresos gruesos anuales para la familia
1	hasta \$ 16,335
2	hasta \$ 22,065
3	hasta \$ 27,795
4	hasta \$ 33,525
5	hasta \$ 39,255
6	hasta \$ 44,985
7	hasta \$ 50,715
8	hasta \$ 56,445

(150%)
(Para PIPP
Mas)

(200%)
(Para HEAP
y HWAP)

Para hogares con más de 8 miembros, agregue \$5,730 para el 150% por cada miembro adicional y \$7,480 para el 200% por cada miembro adicional.

INSTRUCCIONES (POR FAVOR LEA)

Usted debe suministrar prueba de ingresos por cada persona viviendo en su hogar. Ejemplo de documentos que prueben ingresos son: talonarios de pago, carta del empleador, asistencia pública, cartas de beneficio del Seguro Social, Compensación de Trabajadores, formas de impuestos/schedule c, etc. Por favor envíe prueba de documentos que apoyen la pregunta #4. Si le falta documentación for alguno de los ingresos o declara que no tiene ingresos (cero) por favor explique como sobrevive. Si su respuesta a la pregunta #6 es "No Ingresos," una carta es requerida explicando como usted mantiene su familia, firme la carta. Si usted no envía la documentación requerida sera motivo de atraso en el procesamiento de su aplicación, Por favor envíe copias, los documentos originales no seran devueltos.

Si alguien en su hogar es invalido, su hogar puede ser elegible por un beneficio mas grande. Para ser elegible para este beneficio debe presentar prueba de invalidez, no tiene que decir cual es la naturaleza de su invalidez. Puede enviar una carta de su doctor, cartas de beneficio de la Oficina del Seguro Social, SSI, Compensación para Trabajadores, etc. "Invalidez" describe a una persona que tiene un impedimento fisico o mental que hace que esta persona no pueda desempeñar ninguna clase de trabajo que en otras circunstancias esta persona podia ejecutar, y que posiblemente esta persona permanecerá en este estado por un tiempo no determinado por lo menos 12 meses sin ninguna indicación de restablecimiento, y por consiguiente, ha sido declarado total y permanentemente invalido por las agencias estatales y federales que tienen la función de clasificar a estas personas. Familias con miembros que tienen 60 años de edad o mayores, tambien seran evaluados for un aumento de beneficio.

Por favor suministre prueba de su ciudadanía o su estado legal en este pais para todos los miembros de familia. **Prueba de ciudadanía o estado legal es requerida para el solicitante primario.** Si usted es ciudadano de los Estados Unidos por nacimiento, la documentación que tiene que suministrar para probar su edad (certificado de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte americano) tambien probarán su ciudadanía o estado legal. Como sea, si estos documentos no son usados para probar su edad o si usted no nacio en los Estados Unidos, es un ciudadano naturalizado o residente permanente necesita enviar uno de los siguientes documentos: 1) Documentos de Naturalizacion, Certificado de ciudadanía (Forma de INS 1-179, INS Forma 1-197; 2) Visa Permanente; 3) Certificado de Nacimiento/expedientes del hospital; 4) Tarjetas de Registracion para refugiados; 5) Pasaporte Americano; 6) Tarjeta de Identificacion de INS; 7) Certificado de Bautismo (solamente cuando ensena el lugar y fecha de nacimiento; 8) Expedientes de Servicio Militar; 9) Expedientes del Censo Indio; 10) Tarjetas de Registracion para votar; 11) Un documento firmado por un ciudadano Americano donde declare bajo pena de perjurio que el individuo en question es un ciudadano Americano; 12) Tarjetas Extranjeras del Registro/Permisos de reingreso; 13) INS forma -151 o 1-551 (Forma 1-151 no es valida desde Agosto 1993); 14) INS forma-94 si es anotado con: a) Secciones 203(a)(7), 207, 208, 212(d)(5), 243(h), o 241(b)(3) de Inmigracion y Acto de Nacionalidad: o b) uno o una combinacion de estos terminos: refugiado, prisionero bajo fianza, asilado; 15) INS forma G-641, "Aplicacion para verificacion de informacion de los expedients de INS;" cuando anotado abajo por un representante de la INS la admision legal for razones humanitarias; 16) Documentacion que este individuo es clasificado de conformidad con Secciones: 101(a)(2), 203(a), 204(a)(1)(a), 207, 208, 212(d)(5), 241(b)(3), 243(h), o 244(a)(3), de Inmigracion y Acto de Nacionalidad, 18) INS forma 1-688, 19) Verificacion de ciudadanía para el programa de OWF.

Copias de sus recibos de energia (gas and electricidad) son requeridas para procesar su aplicacion. Si su principal fuente de energia no está en el nombre de un miembro de familia que es elegible, su beneficio podria ser enviado a su compañía de electricidad. Para calificar para algunos beneficios del "Programa Crisis en el Verano," debe enviar con esta aplicación, la informacion requerida no importa quien sea su compañía de electricidad.

ACTO DE PRIVACIDAD

ACCESO: El acceso a los numeros del seguro social son mandatorios para recibir los beneficios de HEAP: AUTHORITY ACT:45 CFR 96.84 ©; 42 U.S.C. 405©(2)©(i) USE: El estado de Ohio usará los numeros del seguro social en la administración del programa de HEAP para verificar la informacion suministrada con la aplicación, para prevenir, detectar y corregir fraude, abuso y desperdicio y con el fin de responder a las preguntas y obtener información de las agencias que son financiadas por concesiones del bloque de asistencia temporal para familias necesitadas o agencias pidiendo información de ayuda para niños, o para establecer paternidad. El solicitante puede ser enjuiciado en corte civil o criminal bajo las leyes federales y del estado si con conocimiento da una declaración falsa o fraudulenta.

The State of Ohio is an Equal Opportunity Employer and Provider of ADA Services.

**POR FAVOR FIRME Y ENVIE APLICACIONES A: OFFICE OF COMMUNITY SERVICES/HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM
P.O. BOX 1240, COLUMBUS, OHIO 43216**

Please tear here and keep instructions for your records

COMPLETE SOLAMENTE UNA SOLICITUD POR FAMILIA
Por favor complete todas las preguntas y adjunte la prueba requerida.
Una solicitud incompleta atrasará la asistencia para su hogar.

DEBE FIRMAR ESTA SOLICITUD PARA RECIBIR ASISTENCIA

Numero del cliente									

SOLICITANTE PRIMARIO

Please Print or Type	Nombre	Inicial	Apellido	No. del Seguro Social						
	Direccion donde recibe su correo (No. de Calle incluyendo ruta)			No. de Apt/Unidad/Lote/Piso						
	Ciudad	Estado	Sistema de Cifras	Condado de Ohio						
	Telefono durante el dia (Incluya Codigo)	Fecha de Nacimiento		Direccion Electronica						
		Mes	Dia	Ano						
	Residencia Actual si es diferente de la primera			No. de Apt/Unidad/Lote/Piso						
Ciudad	Estado	Sistema de Cifras	Condado de Ohio							

- 1) Marque la caja que describe la clase de edificio donde usted vive (chequee una solamente.)
 Casa Movable Una Familia Familias Múltiples (3 pisos o menos) Familias Múltiples (4 pisos o mas)

- 2) **Incluyendose usted, cuantas personas viven en su casa?**
 (Incluya toda las personas que aparecen en la pregunta No.3)

- 3) **Incluyendose usted, liste los nombres, relación, No. de Seguro Social, fecha de nacimiento, el ingreso grueso de cada persona viviendo en su casa.** Por favor indique si todos los miembros en su familia son invalidos, si son ciudadanos americanos o residentes legales chequeando si o no en la caja apropiada. Incluya todos los ingresos de todas las personas que estan viviendo en su hogar con excepcion del ingreso ganado por dependientes menores de 18 años. **Si usted no envía la documentación de su ingreso de sueldo que se le exige, usted podría retrasar el proceso de su aplicación por 90 días.** Use una hoja por separado si es necesario. Si usted no envia la documentación requerida, (ingresos, ect.,) el proceso de su solicitud sera retrasada for lo menos los primeros 90 dias.

Miembros de Familia	Parentesco (ej. hijo, hija, etc)	No. Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Fuente de Ingresos	Ultimos 3 Meses	Ultimos 12 Meses	Incapacitado?	Ciudadano Americano?
	Usted						<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
							<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
							<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
							<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
							<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
							<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
							<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

- 4) Cual fue el ingreso total de toda la familia por los ultimos 12 meses?

- 5) si no Recibe usted asistencia publica? No. del Caso

- 6) FUENTE DE SALARIO (Indique la fuente de salario(s) para su hogar

DOCUMENTACION DEBE SER SUMINISTRADA!

- | | | | | |
|-----------------------------|---------------------|---|---|---|
| Trabajo | Pension | Seguro Social | <input type="checkbox"/> Ayuda Para Ninos | <input type="checkbox"/> Invalidez (Empleo) |
| Trabajo por si mismo | VA Pension | SSDI | <input type="checkbox"/> Compensacion de Trabajadores | <input type="checkbox"/> Interes |
| Desempleo | VA Invalidez | SSI | <input type="checkbox"/> TANF | |
| Pago Militar Activo | DA | No Ingresos (explique por separado como las cuentas son pagadas) | | |
- Otro (en la siguiente línea, incluya cualquier otro ingreso que usted recibe).**



7) Paga renta ? Dueño de casa (si está comprando su casa, siga a la pregunta #11)

8) Nombre del propietario
Direccion
No. de telefono

9) Renta usted un cuarto en el hogar de otra familia? Si la respuesta es si, escriba la informacion de todos
si no los miembros en el hogar como aparece en la pregunta #3.

10) Recibe ayuda del gobierno por ejemplo Seccion 8, HUD, etc.
si no

11) Ha recibido su hogar servicios de insulacion de otro programa; por ejemplo de una compañía de utilidad?
si no Si la respuesta es si, cual es el programa?

12) Le gustaria aplicar por servicios de insulación?
si no

13) Doy consentimiento a la compañía local de telefonos para el uso de mi nombre, No. de telefono y No. de mi
si no Seguro Social para una posible reducción en mi cuenta de telefono a travez del programa de Lifeline.

14) Estoy inscrito o soy eligible for Medicare. Autorizo a la Agency on Aging, Ohio State Health Insurance (OSHIIP),
si no programas de información, o sus designados, el uso de mi nombre, dirección, # de Seguro Social, # de telefono para recibir asistencia con recetas medicas u otros beneficios.

15) No. de Americanos Nativos (como es definido for la Oficina de Asuntos Indigenos) en su hogar?

16) Cual es su principal fuente de energia? (Marque uno solamente)

Gas Natural Gas Propano, Aceite de Carbon Madera Electricidad Otro _____
(LP.Gas) Petroleo o Kerosene maderas

Complete esta sección para su principal fuente de de calefacción, incluyendo todos los hogares que son todo electrico. Escriba el nombre de su compañía y su cuenta en el espacio suministrado abajo. **Por favor incluya una copia de su recibo mas reciente de calefacción de su dirección actual.**

Complete esta sección con el nombre la compañía electrica y su cuenta. **Por favor incluya una copia de su recibo mas reciente de su cuenta de electricidad de su dirección actual.**

Principal Fuente de Energia (misma fuente que la Pregunta 16)

Electricidad

Si usted no esta inscrito en PIPP Mas, quiere
si no inscribirse? (Por favor mire la pagina de cubierta para la descripción de PIPP Mas)

Si usted no esta inscrito en PIPP Mas, quiere
si no inscribirse? (Por favor mire la pagina de cubierta para la descripción de PIPP Mas)

Si ya esta inscrito en PIPP Mas, quiere verificar los
si no ingresos de la familia para eligibilidad?

Si ya esta inscrito en PIPP Mas, quiere verificar los
si no ingresos de la familia para eligibilidad?

Compania/Vendedor

Compania/Vendedor

Cuenta

Cuenta

17) Esta el costo de su calefacción incluido en su
si no renta?

20) Esta el costo de su calefacción incluido en su
si no renta?

18) Esta el recibo de su calefacción en su nombre o
si no en el de otra persona?

21) Esta el recibo de su calefacción en su nombre o
si no en el de otra persona?

Nombre Apellido

Nombre Apellido

19) Comparte usted su medidor de calefacción con
si no otra familia?

22) Comparte usted su medidor de calefacción con
si no otra familia?

Entiendo que firmando esta aplicacion estoy autorizando al Departamento de Desarrollo de Ohio o a sus proveedores autorizados acceso a mi banco, lugar de empleo, oficina de asistencia publica , la compania de utilidad u otros documentos que se necesiten para verificacion. Firmando esta aplicacion 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 aplicacion no me garantiza que mi hogar recibira asistencia. Entiendo que cualquier proveedor autorizado puede anular un pago que ha sido aprobado si la informacion 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 dias si he sido notificado for escrito que han sido negados los servicios de asistencia. Todas las declaraciones hechas en esta aplicacion, de lo mayor 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 declaracion falsa o fraudulenta. Entiendo que el Progrma 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 program de PIPP entiendo que puedo ser incluido en un grupo por el cual el servicio electrico puede ser comprado en comun. La revelacion del numero del Seguro Social es mandatoria para recibir los beneficios de asistencia en cualquier programa de energia. [45CFR 96.84©; 42 U.S.C. 405©(2)©(i)].

X Firme aqui Fecha