

SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ENERGÍA PARA 2009-2010

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 energía, y hacer más eficiente la energía en sus hogares. Con esta forma puede aplicar por los programas siguientes: Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP), el Programa de Crisis del Invierno (WCP), El Programa Crisis del Verano (SCP), el Programa del Plan de Pago (PIPP), basado en un porcentaje de sus ingresos y el Programa de Insulación para el hogar (HWAP). Para aplicar por el programa por WCP y SCP una cita es requerida en su agencia local.

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 si el hogar esta a un 175% o más bajo de las pautas federales de pobreza. El hogar puede ser elegible para recibir servicios de PIPP si su hogar esta a 150% o más bajo de las pautas federales de pobreza. Hogares pueden ser elegibles para recibir asistencia de HWAP (insulacion) si los ingresos del hogar estan a o abajo del 200% de las pautas federales de pobreza. Una vez su aplicación ha sido procesada, usted recibirá una carta notificandole si usted es elegible o no para recibir ayuda en el pago de su cuenta de energía. 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 energía a la compañía de utilidad. Este será 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 energía en su hogar. Si vive en una casa subsidiada por el gobierno, y tiene la cuenta de energía (calefacción) en su nombre usted puede ser elegible para recibir ayuda.

Residentes de una facilidad con licencia medica (hospital, facilidad de enfermería o una facilidad intermedia de cuidados) residencias communes publicamente operados (ejemplo: YMCA) no son elegibles. Casas que ofrecen hospedaje y alimentos, hogares para grupos o refugios de emergencia no son legibles para recibir pagos de asistencia, pero pueden ser elegibles para ayuda para 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 aplicación.

PROGRAMA DE PLAN DE PAGO (PIPP)

PIPP 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 protégé a los clients contra la desconexión de servicio siempre y cuando sigan las reglas del programa acerca de sus pagos mensuales. Como sea, el cliente es responsable de pagar cualquier balance en su cuenta. Todas las compañías que estan reguladas por la Comision de Utilidades Publicas de Ohio (PUCO) están en la obligación de ofrecer este plan de pago a sus clients. Clients de PIPP deben pagar el 10% de sus ingresos mensuales a la compañía que abastece su principal fuente de calefacción todo el año. Durante los meses de invierno, los clients deben pagar 5% o 3%, dependiendo en los ingresos, a la compañía que proporciona su fuente de energía secundaria. PIPP no esta disponible para los clients de cooperatives rurales, utilidades municipales o a los usuarios de combustible entregado. El recibo de utilidad debe estar en el nombre de la persona que aplica por PIPP.

PROGRAMA DE INSULACION PARA EL HOGAR (HWAP)

HWAP es un programa federalmente-fundado, que ayuda a residentes a travez del estado con bajos incresos a reducir el uso de energía haciéndola mas eficiente. Los servicios a travez de HWAP incluyen repación del ático, 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 energía 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 o para chequear el estado de su aplicación de HEAP:

Para personas con problemas auditivos:

energyhelp.ohio.gov o escribanos energyhelp@development.ohio.gov

1-800-282-0880 o 614-644-6600 Residentes del Condado de Franklin

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 dependents menores de 18 años de edad. Cabeza de familia y esposa(o) no deben ser considerados como menores. Ingreso total incluye: salario (excluyendo los premios documentados para seguros de salud, visión y dental) interés, pensiones, anualidades, Seguro Social (excluyendo premios por Medicare) retiro, desabilidad 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.

Por favor visite energyhelp.ohio.gov para una lista de ingresos que son incluidos o excluidos

2008-2009 Guía de Ingresos

# de personas en el hogar	Ingresos gruesos anuales para la familia		
1	up to \$ 16,245	\$ 18,952.50	\$21,660
2	up to \$ 21,855	\$ 25,497.50	\$29,140
3	(150%) (For PIPP) up to \$ 27,465	(175%) (For HEAP) \$ 32,042.50	(200%) (For HWAP) \$36,620
4	up to \$ 33,075	\$ 38,587.50	\$44,100
5	up to \$ 38,685	\$ 45,132.50	\$51,580
6	up to \$ 44,295	\$ 51,677.50	\$59,060
7	up to \$ 49,905	\$ 58,222.50	\$66,540
8	up to \$ 55,515	\$ 64,767.50	\$74,020

Para hogares con mas de 8 miembros, agregue \$5,610 para el 150%, \$6,545 para el 175% y \$7,480 para el 200% por cada miembro.

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 publica, 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 para 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 ud. mantiene su familia, firme la carta. Si usted no envía la documentación requerida será motivo de atraso en el procesamiento de su aplicación, por favor envíe copias, los documentos originales no serán devueltos.

Si alguien en su hogar es incapacitado, su hogar puede ser elegible por un beneficio más grande. Para ser elegible para este beneficio debe presentar prueba de incapacidad, no tiene que decir cual es la naturaleza de su incapacidad. Puede enviar una carta de su Doctor, cartas de beneficio de la Oficina del Seguro Social, SSI, Compensación para Trabajadores, etc. "Incapacidad" describe a una persona que tiene un impedimento físico o mental que hace que esta persona no pueda desempeñar ninguna clase de trabajo que en otras circunstancias esta persona podía 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 totalmente y permanente incapacitado 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, también serán evaluados por un aumento de beneficio.

Por favor suministre prueba de su ciudadanía o su estado legal en este país para todos los miembros de familia. Prueba de ciudadanía o estado legal es requerida para el solicitante primario. Si ud. 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) también probarán su ciudadanía o estado legal. Como sea, si estos documentos no son usados para probar su edad o si usted no nació en los Estados Unidos, es un ciudadano naturalizado o residente permanente necesita enviar uno de los siguientes documentos: 1) Documentos de Naturalización, 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 Registración para refugiados; 5) Pasaporte Americano; 6) Tarjeta de Identificación de INS; 7) Certificado de Bautismo (solamente cuando enseña el lugar y fecha de nacimiento); 8) Expedientes de Servicio Militar; 9) Expedientes de Censo Indio; 10) Tarjetas de Registración para votar; 11) Un documento firmado por un ciudadano Americano donde declare bajo pena de perjurio que el individuo en cuestión es un ciudadano Americano; 12) Tarjetas Extranjeras del Registro/Permisos de reingreso; 13) INS forma 1-151 o 1-551 (Forma 1-151 no es valida desde Agosto 1993); 14) INS forma 1-94 si es anotado con: a) Secciones 203(a) (7), 207, 208, 212(d)(5), 243(h), o 241(b)(3) de Inmigración y Acto de Nacionalidad; o b) uno o una combinación de estos terminos: refugiado, prisionero bajo fianza, asilado; 15) INS forma G-641, "Aplicación para verificación de información de los expedientes de INS," cuando anotado abajo por un representante de la INS la admisión legal por razones humanitarias; y 16) Documentación 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 Inmigración y Acto de Nacionalidad, 18) INS forma 1-688, 19) Verificación de ciudadanía para el programa de OWF.

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

ACTO DE PRIVACIDAD

Acceso: El acceso a los números del seguro social son mandatorios para recibir los beneficios de HEAP: AUTHORITY ACT:45 CFR 96.84 ©; 42 U.S.C. 405©(2)©(i) USA: El estado de Ohio usará los números del seguro social en la administración del programa de HEAP para verificar la información provista en 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 financiados 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 y o fraudulenta.

El Estado de Ohio un empleador con oportunidades iguales para todos, y proveedor de Servicios para Americanos con Incapacidades (American with Disabilities Act, ADA).

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

Por favor complete todas las preguntas y adjunte la prueba requerida.
Una aplicación incompleta atrasará la asistencia para su hogar

DEBE FIRMAR ESTA APLICACIÓN PARA RECIBIR ASISTENCIA

Numero del cliente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SOLICITANTÉ PRIMARIO

Please Print or Type	Nombre		Inicial	Apellido		No. del Seguro Social					
	Dirección 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 código) ()		Fecha de Nacimiento			Dirección Electronica					
			Mes		Dia		Año				
	Residencia actual si es diferente de la primera						No. de Apt/Unidad/Lote/Piso				
Ciudad		Estado		Sistema de Cifras		Condado de Ohio					

- 1) Marque el cuadrado que describe la clase de edificio donde ud. vive (Chequee una solamente)
- Casa Movable
 Una Familia
 Familias Multiples (3 pisos o menos)
 Familias Multiples (4 pisos o más)

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, relacion, No. de Seguro Social, fecha de nacimiento, y el ingreso grueso de cada persona viviendo en su casa. Por favor indique si todos los miembros en su familia estan incapacitados, son ciudadanos americanos o residents legales chequeando si o no en la caja apropiada. Incluya todos los ingresos de todos las personas que estan viviendo en su hogar con excepcion del ingreso ganado por dependientes menores de 18 años. (Adjunte prueba de ingresos, incapacidad, ciudadanía, permanencia legal – Mire las “instrucciones”) Use una hoja por separado si es necesario.

Miembros de Familia	Parentesco (ej. hijo, hija, etc.)	No. Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Fuente de Ingresos	Mes Presente	Ultimos 3 Meses	Ultimos 12 Meses	Incapacitado?	Ciudadano?
	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) **La documentación debe ser proporcionada!**

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Pension | <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Ayuda Para Niños | <input type="checkbox"/> Incapacidad (Empleo) |
| <input type="checkbox"/> Trabajo por si mismo | <input type="checkbox"/> VA Pension | <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores | <input type="checkbox"/> Interés <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> VA Incapacidad | <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Pago Militar Activo | <input type="checkbox"/> TANF |
| <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> No Ingresos (explique por separado como las cuentas son pagadas) | | |

7) Paga renta? Es dueño de casa o comprando? (si es dueño, pase a la pregunta #13)

8) Nombre del propietario
Dirección
No. de telefono

9) Renta ud. un cuarto en el hogar de otra familia ?
Si No

10) Recibe ayuda del gobierno? por ejemplo Seccion 8, HUD, etc.,
Si No

11) Ha recibido su hogar servicios de insulación 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 el programa de Asistencia de Insulación para el Hogar (HWAP)?
Si No

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

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

15) No. de trabajadores emigrantes en su hogar?

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

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

Complete esta sección para su principal fuente de calefacción, incluyendo todos los hogares con calefacción electrica. Escribe el nombre de su compañía y su cuenta en el espacio proveido abajo. **Por favor incluya copia de su ULTIMO recibo de calefacción de la direccion más reciente.**

Complete esta sección con el nombre de la compañía electrica y su cuenta. **Por favor incluya copia de su ULTIMO recibo de calefacción de la direccion más reciente.**

Principal Fuente de Energia (lo mismo que la Pregunta 18.)

Quiere participar en el programa de PIPP?
Si No (Por favor mire la pagina de cubierta de su aplicación para la descripción de los programas)

Si ya está participando en PIPP, le gustaria renovar?
Si No

Compañia/Vendedor

Cuenta

17) Está el costo de su calefacción incluido en su renta?
Si No

18) Está el recibo de su calefacción en su nombre o en el de otra persona?
Si No

Nombre Apellido

19) Comparte usted su medidor de calefacción con otra familia?
Si No

Electricidad

Quiere Paticipar en el programa de PIPP?
Si No (Por favor mire la pagina de cubierta de su aplicación para la descripción de los programas)

Si ya está participando en PIPP, le gustaria renovar?
Si No

Compañia/Vendedor

Cuenta

20) Está su electricidad incluida en su renta?
Si No

21) Está el recibo de su electricidad en su nombre o en el de otra persona?
Si No

Nombre Apellido

22) Comparte usted su medidor electrico con otra familia?
Si No

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, welfare, 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 mejor de mi conocimiento, son correctas y verdades. 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 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 program de PIPP entiendo que puedo ser incluido en un grupo por el cual el servicio electrico puede ser omprador 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)].

Firme Aqui _____ Fecha _____