

## SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ENERGIA PARA 2008-2009

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 Crisis del Verano (SCP), el Programa del Plan de Pago (PIPP), basado en un porcentaje de sus ingresos y el Programa de Insulacion 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 mas bajo de las pautas federales de pobreza. El hogar puede ser elegible para recibir servicios de insulacion (HWAP) o PIPP si su hogar esta a 150% o mas bajo 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 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 será su unico pago. Si usted es elegible para servicios de insulación, su aplicación puede ser obtenida por 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 operados (ejemplo:YMCA) no son elegibles. Casas que ofrecen hospedaje y alimentos, hogares para grupos o refugios de emergencia son inelegibles 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 protege 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 están reguladas por la Comisión 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 energia secundaria. PIPP no está disponible a 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.

### PROGRAMA DE INSULACION PARA EL HOGAR (HWAP)

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](http://energyhelp.ohio.gov) or e-mail us at [energyhelp@odod.state.oh.us](mailto:energyhelp@odod.state.oh.us) oh.us  
1-800-282-0880 or (614)644-6600 for Franklin County residentes.

Para personas con problemas auditivos:

1-800-686-1557 or (614)752-8808 for Franklin County residentes.

### DEFINICION DE INGRESOS

Ingreso familiar está definido como el ingreso grueso total de todos los miembros de la familia, con excepción de lo 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 (trabajo (excluyendo los premios documentados para seguros de salud, visión y dental) interes, pensiones, anualidades, Seguro Social (excluyendo premios por Medicare) retiro, discapacidad por empleo, asistencia publica, Seguro Social suplementario compensación por desempleo, compensación de trabajadores y cualquier otro beneficio recibido indirectamente como ayuda de las compañías de utilidades, Otras exclusions pueden aplicar si son documentadas.

**Por favor visite [energyhelp.ohio.gov](http://energyhelp.ohio.gov) para una lista de ingresos que son incluidos o excluidos**

## 2008-2009 Guia de Ingresos

# de personas en el hogar      Ingresos gruesos anuales para la familia

1		Hasta \$ 15,600		\$ 18,200
2	(150%)	Hasta \$ 21,000		\$ 24,500
3	(For PIPP	Hasta \$ 26,400	(175%)	\$ 30,800
4	& HWAP)	Hasta \$ 31,800	(For HEAP)	\$ 37,100
5		Hasta \$ 37,200		\$ 43,400
6		Hasta \$ 42,600		\$ 49,700
7		Hasta \$ 48,000		\$ 56,000
8		Hasta \$ 53,400		\$ 62,300

Para hogares con mas de 8 miembros, agregue \$5,400 para el 150% y \$ 6,300 para el 175% por cada

### 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 por alguno de los ingresos o declara que no tiene ingresos (zero) 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 envia 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 incapacitado, su hogar puede ser elegible por un beneficio mas 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, Compesacion para Trabajadores, etc. "Incapacidad" 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 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, 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 is requerida para el aplicante primario. Si ud. es ciudadano de los Estados Unidos por nacimiento, la documentacion que tiene que suministrar para probar su edad (certificado de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte Americano) tambien probaran 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 Naturalización, Certificado de ciudadanía (Forma de INS 1-179, INS Forma 1-197, 2) Visa Permanente, 3) Certificado de Nacimiento/expedients del hospital, 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 de Censo Indios, 10) Tarjetas de Registracion para votar, 11) Un documento firmado por un ciudadano Americano donde declare bajo pena del perjurio que el individuo en question 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 Inmigracion y Acto de Nacionalidad: o b) uno o una combinacion de estos terminus: refugiado, parolee, asilado, 15) INS forma G-641, "Aplicacion para verificacion de informacion de los expedients de INS," cuando anotado abajo por un representate de la INS la admission legal for razones humanitarias, 16) Documentation 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) Verificación de ciudadanía para el programa de OWF.

Copias de sus recibos de calefacción y electricidad son requeridos en orden de procesar su solicitud. Si su cuenta de calefaccion no está en el nombre de un miembro eligible, su beneficio sera enviado a su compañía electrica.

### 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 administracion 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 aplicante 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.

**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 APLICACION PARA RECIBIR ASISTENCIA**

Numero del cliente

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

**APPLICANTE 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 el cuadrado que describe la clase de edificio donde ud. vive (Chequee una solamente)
- Casa Mobile    
  Una Familia    
  Familias Multiples (3 pisos o menos)    
  Familias Multiples (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, 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?
	<b>Usted</b>							<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)

**DOCUMENTATION MUST BE PROVIDED!**

- Trabajo    
  Pension    
  Seguro Social    
  Ayuda Para Niños    
  Incapacidad (Empleo)
- Trabajo por si mismo    
  VA Pension    
  SSDI    
  Compensación de Trabajadores    
  Interes    
  Otro
- Desempleo    
  VA Incapacidad    
  SSI    
  Pago Militar Activo    
  TANF
- Da    
  Otro \_\_\_\_\_    
  No Ingresos (explique por separado como las cuentas son pagadas)

7) Hay alguien en su casa que tiene 18 años de edad o mayor, estudiante de tiempo completo en una escuela secundaria, escuela vocacional, o en entrenamiento tecnico?  Si  No     Si la respuesta es si, quien? \_\_\_\_\_

8) Si no hay menores de 18 años de edad en el hogar, algun adulto tiene hijos menores de 18 años que viven con otro miembro de familia?  Si  No     Si es si, quien? \_\_\_\_\_

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

10) Nombre del propietario   
Dirección   
No. de telefono

11)   Renta ud. Un cuarto en el hogar de otra familia?  
Si No

12)   Recibe ayuda del gobierno por ejemplo Sección 8, HUD, etc.,  
Si No

13)   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?

14)   Le gustaria aplicar por el programa de Asistencia de Insulación para el Hogar (HWAP)?  
Si No

15)   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

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

17)  No. de trabajadores emigrantes en su hogar?

18) 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 mas 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 mas 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

Compañía/Vendedor

Cuenta

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

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

Nombre  Apellido

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

### Electricidad

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

Compañía/Vendedor

Cuenta

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

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

Nombre  Apellido

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

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 por escrito que han sido negados los servicios de asistencia. Todas las declaraciones hechas en esta aplicación, 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 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 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. [45Ncfr 96.84©; 42 U.S.C. 405©(2)©(i)].

X Firme Aqui  Fecha