

**SOLICITUD DE LIHEAP**

Conteste las siguientes preguntas en el formulario y firme y feche la última página. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al 1-866-494-1981 o visite su Agencia de Acción Comunitaria local para obtener ayuda.

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL**

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_ Fec. de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ ¿Tiene ingresos? Sí No

¿Cuál es el ingreso bruto anual total de su hogar (antes de impuestos y deducciones)? \_\_\_\_\_

**DETALLES DE VIVIENDA**

¿Renta su casa? Sí No

Si paga renta, ¿está subsidiada su renta? Sí No

(*Por ejemplo, ¿vive en una vivienda de Sección 8 o pública o recibe un vale de elección de vivienda?*)

¿Necesita ayuda con la climatización? Sí No

(*La climatización ayuda a hogares con ingresos elegibles a reducir costos de calefacción y refrigeración al mejorar la eficiencia energética del hogar*)

¿Vive en territorio tribal? Sí No

¿Están incluidos los servicios públicos en su renta? Sí No

**ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE****Raza:**

Nativo estadounidense / Nativo de Alaska / Nativo de Hawaii u otra Blanca Afroamericana o Negra  
Asiática Nativo de las islas del Pacífico Dos o más razas Prefiere no responder

**Género:**

Masculino Femenino No binario Prefiere no responder

**Etnia:**

Hispana No hispana Prefiere no responder

¿Algún miembro del hogar es veterano? Sí No

¿Algún miembro de su hogar tiene alguna discapacidad? Sí No

¿Usted o alguien en su hogar recibe actualmente beneficios federales o estatales? Sí No

¿Es usted o alguien en su hogar un miembro de una tribu reconocida a nivel federal? Sí No

¿A qué tribu reconocida a nivel federal pertenece usted o alguien de su hogar? \_\_\_\_\_

¿Solicitó los beneficios de LIHEAP con su tribu? Sí No

¿Le denegó la tribu su solicitud de beneficios de LIHEAP? Sí No

¿Tiene usted o alguien de su familia algún gasto relacionado con Medicare? Sí No

Si contestó "sí", la indique cantidad de gastos de Medicare por año \_\_\_\_\_

¿Ha recibido beneficios de LIHEAP en los últimos 12 meses? Sí No

Vea la página 5 para leer la declaración de EOE/ADA

## COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Llene la información a continuación para usted y todos los miembros del hogar que viven en su residencia, ya sea que compartan o no los gastos de sustento, incluso si no están relacionados con usted o solo viven juntos temporalmente.

Nombre (Nombre y apellido) (Apúntese usted primero y luego a TODOS los miembros del hogar)	Fecha de nacimiento	¿Es ciudadano estadounidense o persona no ciudadana que califica*?	
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No
		Sí	No

*\*\*Las personas no ciudadanas que califican incluyen residentes permanentes legales, asilados, refugiados, extranjeros con permiso humanitario en los EE. UU. durante al menos un año, extranjeros cuyas deportaciones se están reteniendo, extranjeros con entrada condicional (antes del 1 de abril de 1980), cónyuges extranjeros maltratados, niños extranjeros maltratados, padres extranjeros de niños maltratados y niños extranjeros de padres maltratados que cumplen con ciertos criterios, ingresantes cubanos/haitianos y víctimas de formas graves del tráfico ilegal de personas.*

## DETALLES DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS

### Información de servicios públicos

¿Están sus servicios de energía a nombre del propietario y se pagan mediante su renta?\*      Sí      No

¿Qué servicios públicos se usan para calentar/enfriar su hogar?\*

Electricidad      Gas      Combustible portátil

Agua (Usada para enfriamiento por evaporación del 1 de mayo al 31 de octubre)

### Electricidad

Nombre del proveedor de electricidad: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Verifique el número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad del uso actual en su factura este mes? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad total de su factura este mes? (Incluya toda tarifa, atraso, penalidad, tarifa de desalojo)

Para combustible portátil, proporcione una estimación \_\_\_\_\_

¿Debe servicios públicos atrasados por algún mes?      Sí      No

¿Ha sido desconectado o necesita restablecer alguno de sus servicios públicos usados para calentar/enfriar?

Sí      No

¿Necesita ayuda con un depósito de servicios públicos?      Sí      No.

### Gas

Nombre del proveedor de gas: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Verifique el número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad del uso actual en su factura este mes? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad total de su factura este mes? *(Incluya toda tarifa, atraso, penalidad, tarifa de desalojo)*

*Para combustible portátil, proporcione una estimación* \_\_\_\_\_

¿Debe servicios públicos atrasados por algún mes?      Sí      No

¿Ha sido desconectado o necesita restablecer alguno de sus servicios públicos usados para calentar/enfriar?  
Sí      No

¿Necesita ayuda con un depósito de servicios públicos?      Sí      No

### **Combustible portátil**

Nombre del proveedor de combustible portátil: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Verifique el número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad del uso actual en su factura este mes? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad total de su factura este mes? *(Incluya toda tarifa, atraso, penalidad, tarifa de desalojo)*

*Para combustible portátil, proporcione una estimación* \_\_\_\_\_

¿Debe servicios públicos atrasados por algún mes?      Sí      No

¿Ha sido desconectado o necesita restablecer alguno de sus servicios públicos usados para calentar/enfriar?  
Sí      No

¿Necesita ayuda con un depósito de servicios públicos?      Sí      No

### **Agua**

Nombre del proveedor de agua: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Verifique el número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad del uso actual en su factura este mes? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad total de su factura este mes? *(Incluya toda tarifa, atraso, penalidad, tarifa de desalojo)*

*Para combustible portátil, proporcione una estimación* \_\_\_\_\_

¿Debe servicios públicos atrasados por algún mes?      Sí      No

¿Ha sido desconectado o necesita restablecer alguno de sus servicios públicos usados para calentar/enfriar?  
Sí      No

¿Necesita ayuda con un depósito de servicios públicos?      Sí      No

### **Crisis periódicas**

*Un beneficio estándar de LIHEAP paga entre \$480 y \$1,200 a los solicitantes elegibles. Revise sus facturas actuales para determinar si necesita beneficios adicionales para pagar la cantidad total de su factura.*

¿Ha recibido un aviso de desalojo debido a servicios públicos de energía que no se han pagado?\*      Sí      No

¿Usa servicios públicos prepagados o combustible portátil y tiene disponible menos de 7 días de energía?\*

Sí      No

¿Desea solicitar un pago en caso de crisis si su beneficio de LIHEAP no cubre el costo total de sus facturas de servicios públicos? Un pago en caso de crisis solo puede usarse una vez al año.\*      Sí      No

¿Ha recibido un aviso de desconexión de servicio?\*      Sí      No

### **Crisis que amenaza la vida**

*Un beneficio estándar de LIHEAP paga entre \$480 y \$1,200 a los solicitantes elegibles. Revise sus facturas actuales para determinar si necesita beneficios adicionales para pagar la cantidad total de su factura.*

¿Sería peligroso para su salud o la de un miembro del hogar la interrupción del suministro eléctrico o la exposición al calor o al frío?\*      Sí      No

¿Se usa equipo de apoyo vital en el hogar que depende del servicio público para su funcionamiento?\*      Sí      No

¿Es esta una cuenta bancaria individual o de una empresa?    Empresa    Individual

Tipo de cuenta:    Cheques    Ahorros

Número de ruta bancaria: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Desea solicitar un pago en caso de crisis si su beneficio de LIHEAP no cubre el costo total de sus facturas de servicios públicos? (*Un pago en caso de crisis solo se puede usar una vez al año.*)    Sí    No

¿Usa servicios públicos prepagados o combustible portátil y tiene disponible menos de 7 días de energía?

    Sí    No

¿Ha recibido un aviso de desalojo debido a servicios públicos de energía que no se han pagado?    Sí    No

¿Ha recibido un aviso de desconexión de servicio?    Sí    No

¿Se han desconectado algunos de sus servicios públicos?    Sí    No

¿Sería peligroso para su salud o la de un miembro del hogar la interrupción del suministro eléctrico o la exposición al calor o al frío?    Sí    No

¿Tiene una declaración firmada por un médico licenciado que indique que la interrupción del suministro de energía o la exposición al calor o al frío sería peligroso para la salud de un miembro del hogar?    Sí    No

¿Se usa equipo de apoyo vital en el hogar que depende del servicio público para su funcionamiento?    Sí    No

## ATESTACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE DE LIHEAP

Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información presentada en esta solicitud del Programa de Asistencia para Gastos de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Además, certifico que todos los documentos que he proporcionado son auténticos y que no he retenido ni alterado intencionalmente ninguna información que pueda ser relevante para mi elegibilidad para participar en el LIHEAP.

Certifico que, si recibo fondos de LIHEAP directamente, usaré estos fondos solo para el pago de mis servicios públicos y cualquier tarifa o multa relacionada que deba. Entiendo que el uso de los fondos de LIHEAP para cualquier otro propósito puede resultar en un proceso penal y la descalificación para recibir asistencia futura.

Autorizo al DES a que comparta la información que proporcioné en esta solicitud según sea necesario para verificar mi elegibilidad para participar en este programa. Autorizo al DES a que le proporcione mi información a mi proveedor(es) de servicios públicos según sea necesario para distribuir los fondos de LIHEAP que reciba. Además, autorizo al DES a que le proporcione mi información a las organizaciones asociadas del DES que puedan ayudar con el proceso de solicitud de LIHEAP y la distribución de fondos de LIHEAP. Autorizo a mi proveedor(es) de servicios públicos a compartir la información de mi cuenta (que puede incluir, entre otros, nombre, dirección del servicio, número de cuenta, información del hogar, información de uso, saldo de la cuenta, historial de pagos, facturas de servicios históricas y futuras) con DES según sea necesario para la distribución de los fondos que solicité bajo este programa.

Entiendo que el DES puede investigar y comunicarse con cualquier fuente necesaria para confirmar la exactitud de la información relacionada con mi elegibilidad para este programa. Si intencionalmente escondo, altero o proporciono información falsa para obtener beneficios de LIHEAP a los que no tengo derecho, puedo estar sujeto a un proceso penal, multas, encarcelamiento u otras sanciones previstas por las leyes estatales y federales. Además, acepto liberar y eximir de toda responsabilidad al proveedor(es) de servicios públicos de cualquier reclamo, daño, responsabilidad o gasto que resulte del uso o divulgación de información basada en esta autorización. Entiendo que, si recibo fondos bajo este programa, por error, debo reembolsar los fondos.

Entiendo que puedo solicitar una revisión administrativa o una apelación si no se toma una decisión con prontitud razonable sobre mi solicitud, o si no estoy de acuerdo con la decisión de la solicitud. Puedo solicitar una revisión administrativa presentando [este formulario](#) dentro de los diez (10) días calendario a partir de la fecha del aviso de la decisión. Mi caso será revisado por el equipo de revisión administrativa de la División de Asistencia y Desarrollo Comunitario para determinar si las pautas del programa se aplicaron correctamente. Podré proporcionar documentación o explicación adicional durante este proceso de revisión administrativa. Este proceso proporciona un medio conveniente para revisar mi caso y no limita mis derechos a una apelación posterior. También puedo presentar una apelación ante la Administración de Servicios de Apelaciones, incluso si también presento una solicitud de revisión administrativa. Puedo apelar completando y enviando un formulario ASA-1011A ([estándar](#) o [en letra grande](#)) dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha del aviso de la decisión.

Esta autorización permanece vigente durante doce meses después de la fecha de mi firma.

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Adjunte los siguientes documentos al enviar la solicitud:

- Identificación con foto del solicitante primario
- Copia de su contrato de arrendamiento o documento de renta actual
- Facturas de electricidad
- Facturas de gas
- Facturas de agua
- Documentos de ingresos
- Documento(s) en casos de crisis que amenaza la vida
- Documento(s) en casos de crisis
- Documentación del combustible portátil

**Envíe esta solicitud y toda la documentación requerida a:**

Fax: (602) 612-8282 (preferido)

**O envíe por correo a:**

Department of Economic Security  
LIHEAP  
PO Box 19130  
Phoenix, AZ 85009-9998