

**ARIZONA DEPARTMENT OF  
ECONOMIC SECURITY**  
**Programa de Asistencia de Agua  
para Hogares de Bajos Ingresos**  
**SOLICITUD DEL LIHWAP**

**Conteste las siguientes preguntas en el formulario y firme y feche la última página. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al (833) 453-2142 o visite su Agencia de Acción Comunitaria local para obtener ayuda. Por favor traiga su identificación con foto y una factura de agua actual.**

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Segundo nombre:** \_\_\_\_\_

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección actual (*Núm., Calle*):**

\_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Condado:** \_\_\_\_\_

**Vea la página 18 para leer la declaración  
de USDA/EOE/ADAEOE/ADA**

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Idioma preferido:** \_\_\_\_\_

**Raza:**

**Nativo estadounidense/Nativo de  
Alaska/Nativo de Hawaïi u otro  
Blanco**

**Afroamericano o Negro**

**Asiático**

**Nativo de las islas del Pacífico**

**Dos o más razas**

**Elige no responder**

**Afiliación tribal, si la hubiera:**

---

**Etnia:**

**Hispano**

**No hispano**

**Elige no responder**

**Género:**

**Masculino**

**Femenino**

**No binario**

**Elige no responder**

**¿Algún miembro del hogar tiene alguna  
discapacidad?      Sí      No**

**¿Está usted o un miembro de su hogar recibiendo actualmente alguna de las siguientes formas de asistencia?**

**Asistencia en Efectivo de TANF**

**Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)**

**N/A**

## **INFORMACIÓN DE CIUDADANÍA**

**¿Es usted ciudadano estadounidense?**

**Sí No**

**¿Es usted una \*persona no ciudadana que califica? Sí No**

**¿Solicita en nombre de un ciudadano estadounidense o una \*persona no ciudadana que califica? 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.**

## INFORMACIÓN DEL HOGAR\*

**El \*hogar incluye a cualquier persona que viva en la misma residencia**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>¿Ciudadano de EE. UU. o persona no ciudadana que califica? S/N</b>	<b>Ingreso bruto mensual <i>(antes de impuestos y deducciones)</i></b>
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	

## INFORMACIÓN DEL HOGAR\* (*Continuación*)

**El \*hogar incluye a cualquier persona que viva en la misma residencia**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>¿Ciudadano de EE. UU. o persona no ciudadana que califica? S/N</b>	<b>Ingreso bruto mensual (antes de impuestos y deducciones)</b>
		<b>Sí No</b>	
		<b>Sí No</b>	
		<b>Sí No</b>	
		<b>Sí No</b>	

## INFORMACIÓN DEL HOGAR\* (*Continuación*)

**El \*hogar incluye a cualquier persona que viva en la misma residencia**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>¿Ciudadano de EE. UU. o persona no ciudadana que califica? S/N</b>	<b>Ingreso bruto mensual (antes de impuestos y deducciones)</b>
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	

**Si necesita enumerar más miembros del hogar, enumérelos en la última página.**

**INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS AGUA (*Proporcione una copia de su factura de agua y/o aguas residuales*)**

**Tipo de servicio para el que busca ayuda:**

**Agua potable**

**Aguas residuales**

**Ambos**

**¿Se proporcionan por la misma empresa sus servicios de agua y aguas residuales/alcantarillado?      Sí      No**

**Nombre de la empresa de agua:**

---

**Núm. de cuenta:** \_\_\_\_\_

**¿Se ha desconectado su servicio de agua y alcantarillado o necesita restablecer los servicios?      Sí      No**

**¿Cantidad para restaurar los servicios?**

---

**¿Cuál es el mes y año de la desconexión de servicio?** \_\_\_\_\_

**¿Debe pagos atrasados para servicio de agua y aguas residuales/alcantarillado de algún mes?      Sí      No**

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

**¿Cuántos meses lleva atrasados? \_\_\_\_\_**

**¿Cuál es el mes y año en que su factura comenzó a estar vencida? \_\_\_\_\_**

**¿Cuál es la cantidad adeudada? \_\_\_\_\_**

**Si son diferentes empresas de servicio de agua, detalle la cantidad en dólares atrasados por tipo de agua:**

**Atraso de agua potable: \_\_\_\_\_**

**Atraso de aguas residuales: \_\_\_\_\_**

**¿Le gustaría solicitar asistencia futura de 3 meses para pagar servicios de agua y aguas residuales/alcantarillado?      Sí      No**

**¿Cuál es la cantidad mensual? \_\_\_\_\_**

**Según mi leal saber y entender, no he solicitado ni recibido asistencia para servicios públicos de otro programa para exactamente los mismos gastos que se solicitan en esta solicitud.**

**De acuerdo**

**En desacuerdo**



## **INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO** ***(Solo para personas que rentan)***

**¿Están sus servicios de agua a nombre del propietario o se pagan mediante su renta?**

**Sí      No**

**Si es así, nombre completo del propietario:**

**Número de teléfono :** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico:**

**Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información presentada en esta solicitud 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 de este programa.**

**Autorizo al DES a compartir la información que proporcioné en esta solicitud según sea necesario para verificar mi elegibilidad**

**para este programa. Además, autorizo a DES a proporcionar mi información a las organizaciones asociadas con DES que pueden brindar más asistencia con mis facturas de servicios públicos. Autorizo a mis proveedores de servicios públicos a compartir la información de mi cuenta con DES según sea necesario para la distribución de los fondos que solicité bajo este programa.**

**Entiendo que DES puede investigar y comunicarse con cualquier fuente necesaria para revisar la exactitud de la información relacionada con mi elegibilidad para este programa. Si intencionalmente escondo, altero o proporciono información falsa para obtener beneficios de LIHWAP a los que no tengo derecho, puedo estar sujeto a proceso penal, multas, encarcelamiento u otras sanciones conforme a las leyes estatales y federales.**

**Entiendo que si recibo fondos bajo este programa por error o si ya no se me debe a mí o a los proveedores de servicios públicos, debo devolver los fondos.**

**Estas autorizaciones permanecerán vigentes durante doce meses después de la fecha de mi firma.**

**Nombre en letra de molde:**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL HOGAR\* (*Continuación*)

**El \*hogar incluye a cualquier persona que viva en la misma residencia**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>¿Ciudadano de EE. UU. o persona no ciudadana que califica? S/N</b>	<b>Ingreso bruto mensual (antes de impuestos y deducciones)</b>
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	

## INFORMACIÓN DEL HOGAR\* (*Continuación*)

**El \*hogar incluye a cualquier persona que viva en la misma residencia**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>¿Ciudadano de EE. UU. o persona no ciudadana que califica? S/N</b>	<b>Ingreso bruto mensual (antes de impuestos y deducciones)</b>
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	

## INFORMACIÓN DEL HOGAR\* (*Continuación*)

**El \*hogar incluye a cualquier persona que viva en la misma residencia**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>¿Ciudadano de EE. UU. o persona no ciudadana que califica? S/N</b>	<b>Ingreso bruto mensual (antes de impuestos y deducciones)</b>
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	

## INFORMACIÓN DEL HOGAR\* *(Continuación)*

**El \*hogar incluye a cualquier persona que viva en la misma residencia**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>¿Ciudadano de EE. UU. o persona no ciudadana que califica? S/N</b>	<b>Ingreso bruto mensual <i>(antes de impuestos y deducciones)</i></b>
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	

## INFORMACIÓN DEL HOGAR\* (*Continuación*)

**El \*hogar incluye a cualquier persona que viva en la misma residencia**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>¿Ciudadano de EE. UU. o persona no ciudadana que califica? S/N</b>	<b>Ingreso bruto mensual (antes de impuestos y deducciones)</b>
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	
		<b>Sí</b> <b>No</b>	



## INFORMACIÓN DEL HOGAR\* (*Continuación*)

**El \*hogar incluye a cualquier persona que viva en la misma residencia**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>¿Ciudadano de EE. UU. o persona no ciudadana que califica? S/N</b>	<b>Ingreso bruto mensual (antes de impuestos y deducciones)</b>
		<b>Sí</b>  <b>No</b>	
		<b>Sí</b>  <b>No</b>	

**Envíe este formulario y toda la documentación requerida a:  
Fax: (602) 612-8282 (preferido)**

**O  
Correo: Department of Economic Security  
LIHWAP  
PO Box 19130 PHOENIX, AZ 85009-9998**

**El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad al 602-542-4446; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office.**