

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL PAGO DE FACTURAS



**ENERGY
OUTREACH
COLORADO**
Together We Power Stability

DEVOLVER A

CORREO ELECTRÓNICO

FAX

TELÉFONO

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE LEGAL COMPLETO (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDOS)

TELÉFONO DE PREFERENCIA

TELÉFONO ALTERNO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

DIRECCIÓN RESIDENCIAL

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CONDADO

IGUAL QUE ARRIBA

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Ingreso familiar anual (INCLUIDO EL INGRESO ANUAL DE TODOS EN EL HOGAR): \$

FECHA DE NACIMIENTO | | MM|DD|AAAA

GÉNERO MASCULINO FEMENINO NO BINARIO OTRO PREFIERO NO DECIR

ETNICIDAD HISPANA/LATINA/ESPAÑOLA NO HISPANA/LATINA/ESPAÑOLA DESCONOCIDA/NO REPORTADA

RAZA ASIÁTICA NEGRA/AFROAMERICANA HAWAIANA/ISLEÑA DEL PACÍFICO MULTIRRACIAL
NATIVO INDÍGENA/DE ALASKA OTRA DESCONOCIDA/NO REPORTADA

SITUACIÓN LABORAL TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO DESEMPLEADO JUBILADO OTRA

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Anote a **todos** los miembros adicionales de su hogar (si corresponde) y sus fechas de nacimiento.

1 NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO | |

4 NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO | |

2 NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO | |

5 NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO | |

3 NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO | |

6 NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO | |

INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA

¿En qué tipo de casa vive? CASA APARTAMENTO CASA MÓVIL DUPLEX/TRIPLEX/FOURPLEX ADOSADOS

¿Es su casa propia o en alquiler? PROPIA ALQUILER

INFORMACIÓN ADICIONAL

Sus respuestas a las siguientes preguntas no afectarán su posibilidad de recibir asistencia.

¿Alguien en su casa es: discapacitado? SÍ NO veterano? SÍ NO

¿Alguna de las situaciones siguientes se ha aplicado a usted en el pasado? **Marque todas las que correspondan.**

Dejé de comer para poder pagar mi factura de la luz.

Dejé de tomar medicamentos o buscar atención médica para poder pagar mi factura de la luz.

Estuve en riesgo de desalojo porque no podía pagar mis servicios públicos.

Me desalojaron porque no podía pagar mis servicios públicos.

Mantuve la casa fría/caliente porque no podía pagar para calentar/enfriar mi casa a un nivel cómodo.

Ninguna

SITUACIÓN EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS (LEAP)

¿Cuál es su situación con LEAP?

Se recomienda a todos los solicitantes que presenten su solicitud para LEAP durante la temporada de LEAP (del 1 de noviembre al 30 de abril). Si no está seguro qué es LEAP, por favor pregunte.

No solicité Recibí LEAP en los últimos 12 meses Se rechazó mi solicitud No cumplí los requisitos

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

¿Su hogar recibe alguno de los beneficios que se mencionan a continuación?

Ayuda a Ciegos (AB)	Ingresos del Seguro Social por Discapacidad (SSDI)
Ayuda a Discapacitados Necesitados (AND)	SNAP (vales de alimentos)
Vale de opción de vivienda (Sección 8)	Ingresos del Seguro Social (SSA)
Medicaid	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
Medicare	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
Pensión de Vejez (OAP)	Discapacidad para veteranos
Vivienda pública/Ayuda de alquiler	Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

Ninguno

INFORMACIÓN SOBRE LA CUENTA

¿Cuál es su principal fuente de calor?

ELECTRICIDAD	GAS	PROPANO	MADERA	GRÁNULOS
CARBÓN	QUEROSENO	ACEITE	AGUA	GAS Y ELECTRICIDAD

¿Con cuáles facturas necesita ayuda? Anote no más de dos cuentas.

Nombre del titular de la cuenta

Igual que arriba

Si corresponde, ¿por qué la cuenta no está a su nombre?

Si no es el titular de la cuenta, ¿usted está anotado en la cuenta? Sí NO

1. Nombre de la compañía

Número de cuenta

Tipo de cuenta	ELECTRICIDAD	GAS	ELECTRICIDAD Y GAS	PROPANO	GRÁNULOS DE MADERA	CARBÓN	QUEROSENO	ACEITE
----------------	--------------	-----	--------------------	---------	--------------------	--------	-----------	--------

2. Nombre de la compañía

Número de cuenta

Tipo de cuenta	ELECTRICIDAD	GAS	ELECTRICIDAD Y GAS	PROPANO	GRÁNULOS DE MADERA	CARBÓN	QUEROSENO	ACEITE
----------------	--------------	-----	--------------------	---------	--------------------	--------	-----------	--------

TIPO DE EMERGENCIA

¿Qué tipo de emergencia le sucede? Seleccione al menos una y no más de dos opciones.

Mi servicio de electricidad y/o gas está cortado actualmente.

Mi tanque de propano, aceite combustible o queroseno está vacío o se me acabó la madera, los gránulos o el carbón.

Recibí un aviso de desconexión pero mi electricidad y/o gas no está desconectado. *Desconexión programada para:*

Tengo un saldo vencido en mi factura de electricidad/gas.

Mi tanque de propano, aceite combustible o queroseno está al 30% o menos o me queda poca madera, gránulos o carbón.

AUTORIZACIÓN Y FIRMA, AUTOCERTIFICACIÓN

Certifico que la información en esta solicitud y los documentos de respaldo son correctos y verdaderos a mi mejor saber y entender. **Reconozco que proporcionar información falsa, incorrecta o incompleta puede resultar en la suspensión permanente de mi participación en el programa y una posible responsabilidad penal.** Al firmar este documento, autorizo a Energy Outreach Colorado (EOC) y sus agencias colaboradoras que intercambien con otras entidades, tales como proveedores de energía, cualquier información esencial sobre mi caso que sea necesaria para obtener recursos para cubrir mis necesidades de ayuda. Toda información intercambiada con terceras partes se hará sin discriminación y con el respecto a mis derechos. Esta información se hará únicamente con el propósito de proveerme asistencia de energía y servicios relacionados. Además, acepto que se comuniquen conmigo sobre otros programas y servicios, como subsidios solares y aislamientos térmicos, que pudieran ayudarme a reducir mis costos de energía a largo plazo. Por el presente exoneró a EOC, sus funcionarios, directores, empleados, agentes y entidades afiliadas de toda responsabilidad relacionada al suministro de la información contenida en esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA



**ENERGY
OUTREACH
COLORADO**

Encuesta sobre COVID-19

Instrucciones: Devuelva este formulario al trabajador de su caso, junto con su Solicitud de asistencia para el pago de facturas. Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su solicitud de asistencia. Estas respuestas son estrictamente para fines de investigación e información y solo se compartirán de manera anónima.

Nombre del solicitante: _____

Nombre del trabajador de caso: _____

Nombre de la agencia: _____

¿COVID-19 ha afectado su hogar económicamente en algún momento desde marzo del 2020?

Sí No

Si respondió que sí, ¿cómo? Marque todas las que correspondan.

Despedido/suspendido temporalmente

Menos horas de trabajo

Me enfermé de COVID-19

Necesitaba cuidar a un familiar enfermo de COVID-19

Tomé tiempo libre sin sueldo debido a cierre del trabajo o de la guardería

Clasificado como población vulnerable, necesitaba permanecer en casa/limitar la posible exposición a COVID-19

Otro _____
