SOLICITUD DEL PROGRAMA LEAP

Año del programa: 1 de noviembre al 30 de abril

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONDADO: Condado _____ Número del hogar _____ Sufijo _____ Básico ☐ Caso ☐ Método de pago ☐ Registro técnico ☐ Anticipado ☐ Acelerado ☐ Cliente ☐ Proveedor ☐ Número _____ Fecha de recepción _____

1. SOLICITANTE

Apellido	Nombre	Segundo nombre

Dirección de residencia	Ciudad	Estado	Código postal

Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal

Teléfono o celular	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Edad

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ¿Es ciudadano(a) de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Número de Seguro Social: _____ Correo electrónico: _____

¿En qué condado vive? _____ ¿Es extranjero(a) registrado(a)? ☐ Sí ☐ No

2. OTROS MIEMBROS DEL HOGAR

Complete la información para todas las demás personas de su hogar. “Su hogar” significa las personas que viven con usted y de quienes usted es responsable económicamente. Incluya en la sección 3 a compañeros de vivienda o integrantes de otras familias que vivan en la misma dirección.

Nombre completo	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Edad	Sexo	Lugar de nacimiento	¿Tiene ingresos?	¿Ciudadano EE. UU.?	¿Extranjero registrado?
							☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
							☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
							☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

*Si usted o algún integrante de su hogar es extranjero registrado, ADJUNTE UNA FOTOCOPIA DEL FRENTE Y REVERSO DE LAS TARJETAS DE REGISTRO DE EXTRANJERO.

3. ¿VIVE ALGUIEN MÁS EN ESTA DIRECCIÓN?

☐ Sí ☐ No Si respondió “sí”, ¿cuántas personas? _____. Anote a compañeros de vivienda o integrantes de otras familias que no formen parte de su hogar y que no estén incluidos en la sección 2.

Nombre	Relación con usted	Edad

COMPLETE LAS 4 PÁGINAS DEL FORMULARIO ORIGINAL Y FIRME LA PÁGINA 4. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a HEAT HELP al 1-866-432-8435.

4. INGRESOS DEL HOGAR

A. ¿Alguna persona de su hogar recibe ingresos de un empleo? ☐ Sí ☐ No

Anote quién recibe los ingresos, la frecuencia de pago, el ingreso bruto mensual y el nombre del empleador. Adjunte copias de los comprobantes de pago de por lo menos las 4 semanas anteriores a la fecha de solicitud.

¿Quién los recibe?	¿Con qué frecuencia?	Ingreso bruto mensual	Nombre del empleador	Iniciales: comprobantes adjuntos

B. ¿Alguna persona de su hogar recibe ingresos por trabajo por cuenta propia? (Incluye cuidado de niños, etc.) ☐ Sí ☐ No

Adjunte el estado de ganancias y pérdidas del mes anterior a la fecha de solicitud.

¿Quién los recibe?	¿Con qué frecuencia?	Ingreso bruto mensual	Nombre del negocio o empleador	Iniciales: estado adjunto

C. ¿Alguna persona de su hogar recibe ingresos no laborales, incluidos programas de asistencia pública? ☐ Sí ☐ No

Incluya: Seguro Social (SSA); Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI); Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI); Colorado Works (TANF); Old Age Pension (OAP); Aid to the Needy Disabled (AND); manutención de menores; pensión alimenticia o manutención conyugal; discapacidad para veteranos; beneficios de desempleo; compensación laboral, discapacidad o licencia por enfermedad; pensiones o jubilación; y cualquier otro ingreso.

¿Quién los recibe?	¿Con qué frecuencia?	Ingreso bruto mensual	Tipo de ingreso no laboral	Iniciales: documentos adjuntos

D. ¿Pagó sus gastos el mes pasado mediante un préstamo o un regalo de un amigo o familiar? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “sí” y fue un préstamo, adjunte un plan de pago. Fecha en que recibió el dinero: _____ Total del préstamo: $_____ Fecha en que empieza a pagarlo: _____ Pago mensual: $_____.

Si fue un regalo de un amigo o familiar: Fecha en que recibió el dinero: _____ Monto del regalo: $_____.

E. Si los ingresos de su hogar no cubren sus gastos básicos, explique cómo pagó los siguientes costos:

Alquiler: _____

Servicios públicos: _____

5. ARREGLOS DE VIVIENDA

Marque la opción que mejor describa la vivienda donde vive actualmente y para la cual solicita asistencia:

☐ Casa/casa modular ☐ Dúplex/tríplex/cuádruplex ☐ Casa adosada ☐ Apartamento/condominio ☐ Casa móvil ☐ Casa de huéspedes/pensión ☐ Hotel/motel ☐ Automóvil/camioneta/autobús ☐ Hogar grupal ☐ Dormitorio ☐ Fraternidad o sororidad ☐ Centro de rehabilitación ☐ Centro correccional ☐ Centro de enfermería/cuidado residencial ☐ Cabaña ☐ Casa rodante/camper ☐ Remolque de quinta rueda ☐ Vehículo recreativo (RV) ☐ Otro: _____

¿Alquila? ☐ Sí Alquiler mensual: $_____ ¿Tiene pago hipotecario? ☐ Sí Pago mensual: $_____ ¿Es dueño(a) de la vivienda sin deuda? ☐ Sí

¿Paga alquiler por lote o espacio? ☐ Sí Pago mensual: $_____

Nombre y teléfono del complejo de apartamentos: _____

6. VIVIENDA SUBSIDIADA

¿Vive en una vivienda de la Sección 8 o vivienda pública, o recibe un subsidio para pagar el alquiler? ☐ Sí ☐ No

7. INFORMACIÓN SOBRE CALEFACCIÓN Y ALQUILER

¿TIENE EN ESTE MOMENTO UNA EMERGENCIA RELACIONADA CON SU COMBUSTIBLE PRINCIPAL DE CALEFACCIÓN? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "sí", marque el tipo de emergencia y adjunte una copia del aviso de su proveedor de energía:

☐ El servicio ya fue desconectado. Fecha de desconexión: _____

☐ Recibió un aviso de desconexión, pero el servicio aún no ha sido desconectado. Fecha programada: _____

☐ El tanque de propano está vacío o se quedó sin combustible a granel, como leña o combustible para calefacción. Monto necesario para la entrega mínima: $_____

☐ El tanque de propano está al 20% o menos. Monto necesario para la entrega mínima: $_____

Marque el combustible principal usado para calentar su vivienda. MARQUE SOLO UNO.

☐ Gas natural ☐ Propano ☐ Electricidad ☐ Leña ☐ Carbón ☐ Combustible para calefacción ☐ Queroseno ☐ Otro: _____

LEAP no puede brindar asistencia ni pagar beneficios para ningún tipo de sistema portátil de calefacción.

Marque cómo se paga la calefacción de su vivienda:

☐ Pago los costos de calefacción directamente a una compañía de servicios públicos o proveedor de combustible. Adjunte una copia de la factura de calefacción más reciente.

Nombre del proveedor de combustible: _____ Número de cuenta: _____

Si la electricidad la suministra otra compañía: Nombre: _____ Número de cuenta: _____

Si la factura de calefacción está a nombre de otra persona, indique la información de esa persona:

Nombre: _____ Dirección: _____ Relación: _____

Explique por qué la factura está a su nombre: _____

☐ La calefacción está incluida en el alquiler. Adjunte el recibo de alquiler más reciente que indique que la calefacción está incluida.

☐ Una persona que no forma parte de mi hogar paga mis costos de calefacción.

Nombre: _____ Dirección: _____ Relación: _____

Explique por qué esa persona paga la calefacción: _____

8. VERIFICACIÓN DE PRESENCIA LEGAL

La ley estatal exige que los solicitantes de LEAP presenten documentos adicionales con cada solicitud. Se debe proporcionar una COPIA LEGIBLE de una de las siguientes identificaciones VIGENTES:

1. Licencia de conducir de Colorado o tarjeta de identificación de Colorado;
2. Tarjeta militar de los Estados Unidos o tarjeta de dependiente militar;
3. Tarjeta de marino mercante de los Estados Unidos;
4. Documento tribal de una nación indígena americana;
5. Cualquier otro documento autorizado por las reglas del Departamento de Ingresos de Colorado (DOR).

ADEMÁS: El solicitante de LEAP debe completar correctamente, firmar y fechar la declaración jurada que aparece a continuación. Para obtener información sobre la ley y los requisitos de presencia legal, visite el sitio web del DOR: colorado.gov/revenue.

DECLARACIÓN JURADA para el Departamento de Servicios Humanos de Colorado y el Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica como prueba de presencia legal en los Estados Unidos

Yo, _____, juro o afirmo, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Colorado, que:

☐ Soy ciudadano(a) de los Estados Unidos; o
☐ Soy residente permanente legal de los Estados Unidos; o
☐ Estoy legalmente presente en los Estados Unidos de conformidad con la ley federal.

Entiendo que esta declaración jurada es exigida por la ley porque he solicitado un beneficio público. Entiendo que la ley estatal exige que presente prueba de que estoy legalmente presente en los Estados Unidos antes de recibir este beneficio público. También reconozco que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada se castiga como perjurio en segundo grado conforme al Estatuto Revisado de Colorado 18-8-503, y constituye un delito separado cada vez que se recibe fraudulentamente un beneficio público.

Firma: _____ Fecha: _____

9. INFORMACIÓN ADICIONAL

La información de esta sección no se usará para determinar su elegibilidad para LEAP ni el monto de su pago. Se utilizará únicamente con fines estadísticos.

Marque si algún integrante del hogar es: ☐ Persona con impedimento ☐ Persona con discapacidad ☐ Veterano(a)

Raza u origen del solicitante: ☐ Hispano(a) ☐ Blanco(a) ☐ Negro(a) o afroamericano(a) ☐ Indígena americano(a) o nativo(a) de Alaska ☐ Asiático(a) ☐ Nativo(a) de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Otro

¿Cómo se enteró de LEAP? Marque solo una opción: ☐ Amigo(a) ☐ 1-866-HEAT-HELP (432-8435) ☐ Centro para personas mayores ☐ Oficina de Servicios Sociales ☐ Cartel de LEAP ☐ Periódico ☐ Cartel publicitario ☐ Sitio web PEAK ☐ Compañía de calefacción ☐ Radio ☐ Bancas de autobús ☐ Solicitud recibida por correo ☐ Sitio web de LEAP ☐ Televisión ☐ Otro

10. CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR DATOS DEL CLIENTE

La oficina de Colorado LEAP y la línea Heat Help, (866) 432-8435, solicitan que autorice a su proveedor de servicios públicos a divulgar la siguiente información a la oficina de LEAP:

• Historial de pagos y otros detalles de la cuenta, incluidos cargos, pagos, saldos vencidos, depósitos pendientes, fechas actuales de suspensión o desconexión, estado actual de soporte vital, acuerdos de pago e historial de pagos de asistencia energética.
• Datos generales de consumo de energía de hasta 24 meses, sin un nivel de detalle mayor que los totales mensuales, recopilados específicamente de su medidor de electricidad o gas natural.

La oficina de LEAP usará esta información para ayudar a determinar su elegibilidad y asistirle en la solicitud de programas de asistencia energética. Si autoriza la divulgación, esta comenzará en la fecha en que firme la solicitud y terminará cuando finalice su participación en el programa correspondiente. Tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

Tenga en cuenta:

• No está obligado(a) a autorizar la divulgación de sus datos.
• La decisión de no autorizarla no afectará sus servicios públicos.
• El proveedor solo puede divulgar sus datos si usted lo autoriza, a agentes contratados que presten servicios en nombre del proveedor, o según lo permitan o exijan las leyes o reglamentos.
• El proveedor no tendrá control sobre los datos divulgados mediante este consentimiento y no será responsable de supervisar que la oficina de LEAP mantenga su confidencialidad o los use según su autorización.
• Conforme a la sección 26-1-114, C.R.S., LEAP no divulgará información privada del solicitante salvo para administrar asistencia pública según las leyes y reglamentos estatales y federales.

LEAP es el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos de Colorado, administrado por el Departamento de Servicios Humanos de Colorado y sus agencias afiliadas.

11. FIRMA Y CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, entiendo, reconozco y acepto que:

1. Si el programa de climatización se comunica conmigo, negarme a permitir la climatización de mi vivienda puede causar la denegación de beneficios de LEAP.
2. Mi número de Seguro Social se usará para solicitar e intercambiar información con otras agencias como parte del proceso de verificación de elegibilidad.
3. El Departamento de Servicios Humanos de Colorado (CDHS) puede usar mi número de Seguro Social para obtener datos salariales, ingresos no laborales, registros de manutención de menores y pagos, ingresos por intereses, beneficios del Seguro Social, pensiones, jubilación ferroviaria o beneficios para veteranos. Autorizo al CDHS a comunicarse con otras agencias en mi nombre para determinar mi elegibilidad.
4. Soy el/la titular de la cuenta, su agente autorizado o un tercero autorizado para la cuenta de servicios indicada, y autorizo al proveedor a divulgar mis datos según la sección 10.
5. Puedo terminar este consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud escrita, con mi nombre y dirección de servicio, al proveedor indicado en la sección 7.
6. Si LEAP repara o reemplaza mi sistema de calefacción y me niego a permitir acceso a mi vivienda para completar el servicio, incluidas las inspecciones gubernamentales exigidas por ley, esta negativa puede causar la denegación de todos los beneficios.
7. Es un delito mentir en la solicitud o recibir beneficios que sé que mi familia y yo no cumplimos los requisitos para recibir. Proporcionar información falsa puede castigarse con una multa de hasta $250,000, una pena de prisión de hasta 20 años, o ambas.
8. Una persona declarada culpable de fraude no puede recibir asistencia de LEAP durante un año por la primera infracción, dos años por la segunda y permanentemente después de la tercera.

FIRME SU NOMBRE COMPLETO A CONTINUACIÓN

Firma del solicitante: _____ Fecha (mes/día/año): _____

La firma debe corresponder a la persona indicada en la sección 1 de la página 1.

Si alguien ayudó al solicitante a completar esta solicitud, esa persona debe firmar a continuación:

Firma de la persona que ayudó	Dirección	Teléfono	Fecha

Para conocer el estado de su solicitud, llame a HEAT HELP al 1-866-432-8435.

Este documento es una traducción informativa al español del formulario en inglés. Para presentar una solicitud, confirme con la agencia administradora cuál versión del formulario debe entregar.