

Número de Solicitud/Cliente:
(A ser llenado por la Agencia de Acción Comunitaria)

Instrucciones: Por favor revise y complete las primeras dos páginas de esta solicitud.

Nombre del solicitante		Teléfono	
Dirección		Teléfono celular	
Ciudad Estado Código Postal			
Correo electrónico		Número de miembros del hogar	

Idioma principal del solicitante		¿Necesita ayuda con la traducción de esta aplicación?	☐ Sí	☐ No
----------------------------------	--	---	-----------------------------	-----------------------------

			Consulte los códigos al final de la página 2-3										
Enumere a todos los miembros del hogar (use una hoja adicional si hay más de 7 miembros del hogar)			Tipo(s) de ingresos	Sexo	Origen étnico	Raza	Relación con el solicitante	Estado civil	Deshabilitado - Sí o No	Veterano - Sí o No	SNAP - Sí o No	Educación	Médico
Nombre	DOB	SSN											

Tipo de Vivienda (marque uno):

Unifamiliar – Propia	Unifamiliar – Alquiler	Dúplex – Propio	Dúplex – Alquiler	Condominio – Propio	Condominio - Alquiler
Multifamiliar (2-4) – Propio	Multifamiliar (2-4) – Alquiler	Multifamiliar (5+) – Propio	Multifamiliar (5+) – Alquiler	Casa Móvil - Propia	Casa Móvil - Alquiler

¿Vive en la Sección 8 o en una vivienda subsidiada?	Sí	No	¿Cuál es su alquiler mensual o ¿Costo mensual de la vivienda?	
---	----	----	---	--

¿La calefacción está incluida en la tarifa de alquiler/condominio?	Sí	No	¿Su casa ha recibido aislamiento o mejoras para ahorrar energía?	Sí	No
¿Comparte un sistema de calefacción con otra unidad de alquiler o residencia?	Sí	No	¿Está interesado en el programa de aislamiento para reducir el consumo de energía?	Sí	No

Nombre del solicitante: _____ Número de solicitud: _____

Tipo de calefacción (marque uno)

1. Aceite ☐	2. Gas	3. Propano
4. Eléctrico ☐	5. Carbón	6. Madera
7. Queroseno	8. Incluido en el alquiler	9. Pellets
10. Otro (escriba tipo):		

Información del propietario (complete si corresponde)

Nombre del propietario	
Dirección del arrendador	
Teléfono del propietario	

Compañía de calefacción		Compañía Eléctrica	
Compañía de calefacción		Compañía Eléctrica	
Cuenta #		Cuenta #	
Nombre en la factura		Nombre en la factura	
Tipo de combustible			

¿Cómo te enteraste de LIHEAP?

ACUERDO Y FIRMA

Doy fe de que la información contenida en este formulario es verdadera y precisa. Toda la información de esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para recibir beneficios bajo el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Climatización (WAP) de Rhode Island. La recopilación de su número de Seguro Social no está prohibida por la ley federal y es necesaria como estipulación para recibir beneficios. Al proporcionar la información de la solicitud, usted autoriza al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island y a sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados con las bases de datos o registros federales, estatales, del condado, de proveedores de energía, de empleadores y propietarios. También autorizo a mi proveedor de energía/compañía de servicios públicos a divulgar datos relacionados con la energía con respecto a mi hogar al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island o a sus agentes autorizados. Además, afirmo que soy la única persona en el hogar que solicita la asistencia de LIHEAP este año del programa, y que no he solicitado previamente LIHEAP en este lugar ni en ninguna otra agencia autorizada por LIHEAP. Autorizo al Departamento de Servicios Humanos del Estado de Rhode Island a considerar y verificar que los subcontratistas compartan esta información con fines de presentación de informes, con el fin de administrar de manera efectiva y eficiente los programas de Servicios Humanos. Sé que, si cualquier información que proporcione en esta solicitud sea falsa o engañosa, será la base para la inelegibilidad y será investigada y procesada como fraude.

Firma: _____ Fecha: _____

Si no recibe una decisión sobre su solicitud después de 90 días a partir de la fecha en que se recibió la solicitud, tiene derecho a una audiencia justa y puede presentar una apelación. Sin embargo, tenga en cuenta que cualquier información faltante o incompleta en este formulario o documentación posterior puede retrasar el proceso de solicitud.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR LA AGENCIA

Certificación de admisión: Doy fe de que he seguido las políticas según lo dispuesto en el Manual de Administración y Procedimientos de LIHEAP de Rhode Island al procesar esta solicitud para los beneficios de LIHEAP, y que, a mi leal saber y entender, la información en este formulario es completa y precisa.

Este solicitante solicitó ☐ En persona ☐ A través de Proxy ☐ Correo ☐

Firma: _____ Fecha: _____

Tipo de ingreso:	Salario bruto =W	Trabajo por cuenta propia =S	Seguridad Social = SS	Desempleo = U	Compensación de trabajadores = C
Beneficios para Veteranos = V	Pensión = P	Dividendo/Interés=D	Ingresos por alquiler =R	Pensión alimenticia = A	Manutención de los hijos = CI
RI Works=RIW	Carta de apoyo = H	TDI = TD	SSI =SSI	Otro = O	
Raza: Negro /Afroamericano = 01	Blanco=02	Asiático=03	Hispano/Latino=04	Hawaiano/Isleño del Pacífico = 05	
Indio Americano/Nativo de Alaska=06	Sin respuesta=07		Otros=08	Dos o más carreras=09	

Origen étnico:	Hispano/Latino/Español=01		No Hispano/Latino/Español=02		Desconocido/No reportado=03			
Relación:	Solicitante=A	Cónyuge=S	Niño = C	Niño de acogida = FC	Madre=M	Padre=F	Padre del niño=D	Hermana = G
Hermano=B	Abuelo=E	Tía=Yo	Tío = U	Primo = L	Sobrino=N	Sobrino=R	No relacionado=Z	Otro=O
Sexo:	Mujer = F	Hombre = M	Otro/No revelado=O		Desconocido=U			
Médico:	Medicare=01	Medicaid = 02	Privado=03	Ninguno=04	Cuidado del Rito = 05	Otra incógnita=06		
Educación:	0-8º grado = A	9-12º No graduado = B	Graduado de HS/GED=C	12+ algunos postsecundarios=D		Graduado universitario de 4 años = E	No Respuesta=U	