

Uso de la Oficina solamente

HH#: _____

Rep # _____

Grant amount _____



Western Community Action
1400 South Saratoga Street
Marshall, MN 56258
Phone: (507) 537-1416 or (800) 658-2448
TDD: (800) 627-3529

Fax: (507) 537-1849

2010-2011 SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ENERGÍA DE MINNESOTA



Antes de completar esta solicitud, lea la hoja adjunta "Sus Derechos y Responsabilidades"

Parte 1. Información Personal

Su número de Seguro Social:		La revelación del Número de Seguro Social del solicitante primario es requerida. El no proporcionar su Número de Seguro Social podría causar demoras en el procesamiento de su solicitud. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) del Acto del Seguro Social, 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i) USO: El estado usara su Número de Seguro Social en la administración del LIHEAP para verificar la información contenida en la solicitud, y para prevenir, detectar y corregir cualquier tipo de fraude, pérdida y abuso, y para fines de proporcionar información cuando la solicite un programa subvencionado a través de becas estatales para la asistencia temporal a familias en necesidad.		
<input type="text"/>				
Su Nombre:				
_____		_____		_____
Primer Nombre		Inicial del segundo nombre		Apellido
La dirección de su casa:				
_____	_____	_____	MN	_____ - _____
Calle	No. Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección a donde se debe enviar su correo (si es diferente a la de su residencia):				
_____	_____	_____	MN	_____ - _____
Calle o Apartado Postal	No. Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
Condado: _____		Municipio: _____		
Teléfono residencial:		Teléfono durante el día u otro Teléfono (si es diferente del teléfono residencial):		
(____) _____		(____) _____		
Idioma principal que se habla en su hogar:			Dirección de Correo Electronico:	
_____			_____	
Representante Autorizado: Un "Representante Autorizado" es alguien a quien usted da permiso (por escrito) para actuar en su nombre. Esta persona recibira todo su correo para este programa, si usted incluye su direccion.				
Nombre _____		Apellido _____		Telefono (____) _____
_____		_____		MN
Calle o Apartado Postal	No. Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal

USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD EN LA PARTE INFERIOR DE LA ÚLTIMA PAGINA

Parte 4. INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR.

INCLUYENDOSE USTED, ENLISTE TODOS LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE HABITAN EN SU CASA

Miembros del Hogar Nombre, Inicial del segundo Nombre, Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	Raza	Hispa -no S/N	Sexo M/F	Disca- pacificado S/ N	Años de Escuela	Tiene Ingreso S/N
1. (usted)	(requerido)	/ /						
2.		/ /						
3.		/ /						
4.		/ /						
5.		/ /						
6.		/ /						
7.		/ /						
8.		/ /						

Si es necesario anexe una hoja con la información de los otros miembros adicionales de su hogar.

Raza: A=Asiático B=Negro o Africano-Americano I=Indio Americano o Nativo de Alaska
O= Nativo de Hawái o de otro lugar del Pacífico W= Blanco o Caucásico

Discapacitado: Sujeto a una condición física o mental que substancialmente limita una o varias actividades de la vida cotidiana.

¿Hay algún miembro del hogar que actualmente forma parte de la junta o es empleado de esta agencia? Si No
En los últimos 3 meses, de todas las personas que habitan en su hogar, ¿cuántas tuvieron ingreso? _____

FUENTES DE INGRESOS Y OTRAS ASISTENCIAS (Marque todas las casillas que apliquen al tipo de ingreso de su hogar)

<input type="checkbox"/> Salario/paga	<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social o Discapacidad del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Trabajo Diversionario (DWP)
<input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia/Trabajo de Granjas	<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)	<input type="checkbox"/> MFIP (ayuda en efectivo)
<input type="checkbox"/> Rentas/bienes raíces	<input type="checkbox"/> Discapacidad temporal/permanente	<input type="checkbox"/> Asistencia de Comida (no es ingreso)
<input type="checkbox"/> Compensación de desempleo	<input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación	<input type="checkbox"/> Asistencia General (GA)
<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores	<input type="checkbox"/> Pensión/Anualidad (trimestral y anual)	<input type="checkbox"/> Manutención de hijos o cónyuge
<input type="checkbox"/> Ingreso por Interés o Dividendos	<input type="checkbox"/> Crédito de ingreso ganado (no se cuenta como ingreso)	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Interés por Escritura Hipotecaria	<input type="checkbox"/> Pagos de Casino Tribal	<input type="checkbox"/> No tiene Ingreso (mire las instrucciones)
<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> Ayuda Suplementaria de Minnesota (MSA)	

Envíe copias de los comprobantes de ingresos en los últimos 3 meses para cada una de las personas que habitan en su casa excepto los niños en grados escolares K-12

Si es trabajador independiente (o tiene su propia compañía) envíe una copia de su declaración Federal de Impuestos (Forma 1040)

El proceso de su solicitud se verá demorada si no envía los comprobantes de ingresos

Las aplicaciones deberán ser firmadas y recibidas antes del 31 de Mayo de 2011

Si firma la aplicación en:

Envíe prueba de ingresos de los meses de:

Agosto 2010

Mayo, Junio, Julio 2010

Sept. 2010

Junio, Julio, Agosto, 2010

Oct. 2010

Julio, Agosto, Sept., 2010

Nov. 2010

Agosto, Sept., Oct., 2010

Dic. 2010

Sept., Oct., Nov., 2010

Enero 2011

Oct., Nov., Dic., 2010

Febrero 2011

Nov., Dic., 2010, Enero, 2011

Marzo 2011

Dic., 2010, Enero, Feb., 2011

Abril 2011

Enero, Feb., Marzo, 2011

Mayo 2011

Feb., Marzo, Abril, 2011

Para EAP, usted no deberá excederse de estas guías de ingresos por 3 meses (vea las instrucciones para las guías de elegibilidad para el programa de Climatización):

Hogar

Tamaño	Ingresos
1	\$5,655
2	\$7,395
3	\$9,135
4	\$10,875
5	\$12,615
6	\$14,355

Parte 3. Información sobre su vivienda

Tipo de Vivienda:

¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo en su residencia actual? _____

Parte 6. Reglamento de Protección en Clima Frío.

Si recibe ayuda con los gastos de energía, es posible que usted pre-califique para el Reglamento de Protección en Clima Frío empezando desde el 15 de Octubre al 15 de Abril. Usted debe llamar a su compañía de energía para activar esta protección. Esta protección ayuda a reiniciar el servicio en la temporada de frío y evitar que las compañías de energía corten su calefacción durante el 15 de Octubre y el 15 de Abril. Usted debe establecer un plan de pago para mantenerse protegido. El programa de asistencia de energía no reemplaza o cancela lo que usted debe pagar.

Favor de contestar las siguientes preguntas y tome los pasos necesarios basados en sus respuestas.

Si me puse en contacto con mis compañías de energía y establecí un plan de pago. Si No
Si respondió *No*, por favor contacte a sus compañías de energía para establecer un plan de pago.

Si me puse en contacto con mis compañías de energía para inscribirme en sus programas de descuento. Si responde *No*, contacte a su compañía de energía hoy para averiguar lo que ofrecen. (No todas las compañías de energía tienen programas de descuento). Si No

Hay alguna persona en su casa con una condición médica que requiera calefacción o electricidad? Si su respuesta es *Sí*, es posible que le pidan que proporcione una declaración del médico a su compañía de energía. Si No

Para recibir todas estas protecciones, usted debe comunicarse con las compañías de energía, y también hacer y mantener un plan de pago. Si usted falla en hacer un pago, usted perderá su protección y podrá perder su calefacción.

Parte 7. Permiso y Firma durante 1 de Octubre, 2010 a 30 de Septiembre, 2011

1. Autorizo a mis compañías de electricidad y de calefacción para que proporcionen información sobre mi cuenta y gastos de energía al Departamento de Comercio de Minnesota (DOC) y para sus contratistas para los programas de Asistencia de Energía, Climatización, y el programa de Mejorías de Conservación.
2. Igualmente autorizo para que la Administración del Seguro Social y el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, y sus agencias, compartan información referente a mis beneficios de asistencia pública recibidos durante el último año de elegibilidad para beneficios con DOC y sus contratistas para los programas de Asistencia de Energía y Climatización.
3. Autorizo al Programa de Asistencia de Energía de Minnesota para que:
 - Se comunique con mi empleador para verificar mi ingreso.
 - Si alquilo, se comuniquen con el dueño de la propiedad y verificar mi residencia y el sistema de calefacción.
4. Autorizo a mi proveedor local del programa de Asistencia de Energía para que me contacten para referencias y encuentros.
5. Autorizo al DOC y a la Asociación de Acción de la Comunidad para compartir información con el sistema de información para la comunidad.
6. Al firmar esta aplicación afirmo que la información contenida en esta solicitud es correcta. Estoy de acuerdo en compartir la información proporcionada. Yo se que:
 - Es posible que tenga que comprobar mis declaraciones.
 - Puedo ser penalizado a través de una multa o encarcelamiento si de manera consciente proporciono información falsa.
 - Tengo derechos bajo los programas de energía, y he recibido una copia de "Sus Derechos y Responsabilidades"
 - Puedo presentar una apelación sobre cualquier decisión que tome la agencia con respecto a mis beneficios.
 - Entiendo que el llenar esta aplicación no garantiza que mi hogar recibirá asistencia.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Deberemos recibir esta solicitud dentro de los 60 días de haber sido firmada y antes del 31 de Mayo del 2011.

(Los fondos se podrían agotar, aplique pronto)