



POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE

Se adjunta su solicitud de asistencia de servicios públicos.

No es necesario programar una cita.

Para completar esta solicitud debe:

Paso 1: Verifique que su hogar sea elegible según sus ingresos, usando la tabla de ingresos a continuación.

Paso 2: Llene la solicitud por completo para cada persona que viva en su hogar. Esto incluye a cualquier persona que use su(s) servicios públicos. Por ejemplo, alguien que se hospeda en un remolque en su propiedad y está enchufado a su energía. Vea el reverso para una aplicación de muestra.

Paso 3: **Firme la solicitud** y cualquier formulario adicional si es necesario (Nota: la misma persona firma todos los formularios).

Paso 4: Incluya copias de **todos** los ingresos de **todos** los miembros del hogar de los últimos 60 días; consulte el reverso para ver los tipos de ingresos comunes y las pruebas requeridas para cada uno.

Paso 5: Incluya copias de identificación para todos los adultos (mayores de 18 años) en el hogar y tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar.

Paso 6: Incluya una copia de las facturas de servicios públicos con la dirección actual y los números de cuenta. (Nota: las facturas deben estar a nombre de un adulto que viva en el hogar). Si paga agua, aparte de su alquiler, incluya también su factura de agua.

Paso 7: Devuelva la solicitud firmada, formularios adicionales, comprobantes de ingresos, facturas de servicios públicos y tarjetas de identificación/seguro social a la dirección que se indica al final de estas instrucciones. Envíe por correo su solicitud y los documentos de respaldo a la oficina específica de su condado.

* **Tabla de ingresos:** Según la cantidad de personas incluidas en su hogar, el ingreso bruto mensual total del hogar debe ser igual o inferior al límite de ingreso mensual a continuación. Nota: el ingreso bruto es antes de cualquier deducción, incluidas, entre otras, impuestos, pago de manutención, seguro (incluido Medicare) y embargos

Tamaño del Hogar	Ingreso bruto mensual	Tamaño del Hogar	Ingreso bruto mensual
1	\$ 2,605.50	7	\$ 6,764.25
2	\$ 3,407.17	8	\$ 6,914.50
3	\$ 4,208.83	9	\$ 7,064.83
4	\$ 5,010.50	10	\$ 7,215.17
5	\$ 5,812.25	11	\$ 7,365.50
6	\$ 6,613.92	12	\$ 7,515.75

Por cada miembro adicional agregar: \$150.25

TENGA EN CUENTA:

- **Se deben proporcionar los ingresos de cada miembro del hogar con cada nueva solicitud de Asistencia de Servicios Públicos. La falta de prueba de ingresos resultará en un tiempo de procesamiento más prolongado o la denegación de su solicitud. No se nos permite usar documentos de aplicaciones anteriores.**
- Tomará de **6 a 8 semanas** procesar completamente su solicitud. Una vez que se procese su solicitud, recibirá un recibo de pago por correo. **NO SE DEMORE** en devolver su solicitud completa ya que los fondos son limitados. Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben. Si su solicitud no está firmada o le

faltan documentos, esto retrasará el tiempo de procesamiento y/o la solicitud será denegada y deberá volver a presentar la solicitud.

- Si está preocupado(a) por su factura de servicios públicos, comuníquese con su proveedor de servicios para hacer arreglos de pago e informarles que ha solicitado asistencia.
- Utilice nuestro sistema automatizado para verificar el estado de su solicitud (vea los números de teléfono a continuación para su oficina local).
- Si solicita asistencia para facturas de agua, también debe firmar los formularios de agua por separado; devuelva los formularios firmados junto con sus facturas de servicios públicos y esta solicitud.

Tipos de ingresos comunes y pruebas requeridas:

Seguro Social/Discapacidad del Seguro Social- Carta de verificación de beneficios de la oficina del Seguro Social para el año ACTUAL. No podemos acceder a esta información por usted. NO SE PUEDEN ACEPTAR ESTADOS DE CUENTAS BANCARIAS O DE IMPUESTOS PARA SSA O SSDI.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): carta de verificación de beneficios de la oficina del Seguro Social para el año ACTUAL, o un extracto bancario que muestre sus depósitos de SSI durante los últimos 60 días.

Pensión/discapacidad del VA: carta de verificación de beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos para el año ACTUAL, o un extracto bancario que muestre sus depósitos del VA durante los últimos 60 días.

Pensión/Anualidad: un estado de cuenta bancario que muestre depósitos de pensión/anualidad durante los últimos 60 días, o un estado de cuenta de la compañía de pensiones/anualidades si está fechado dentro de los últimos 60 días. También se acepta una carta de beneficios de por vida.

Salarios: (Se REQUIERE prueba para cualquier persona mayor de 18 años que no esté en la escuela secundaria) Talones de pago de los últimos 60 días que muestren el nombre del empleado, el nombre del empleador, el pago BRUTO y la fecha de pago. Tenga en cuenta que el período de pago no es lo mismo que la fecha de pago. (Debe proporcionar incluso si ya no está empleado).

TANF- Se necesita una declaración actualizada del DHS.

Desempleo: copia impresa del UI del sitio web del UI de Oregon que muestre claramente su nombre. ("¿Dónde está mi cheque?"). La impresión del UI debe mostrar TODOS los UI recibidos en los últimos 60 días. También debe imprimir una página de "detalles de pago" para cada pago de UI recibido en los últimos 60 días.

Manutención de menores/Manutención conyugal, trabajos eventuales, ayuda familiar, colecta de latas, otros - Complete el FORMULARIO DHI.

Trabajo por Cuenta Propia- Completar FORMULARIO SEWS.

Cero ingresos (solo mayores de 18 años y que no siguen aún en la escuela preparatoria)- Complete FORM Z1S.

Envíe su solicitud por correo a su oficina local de CSC. Actualmente, no podemos ver a los clientes en persona. Si necesita ayuda, deje un mensaje en nuestra mesa de ayuda 541-704-7632, le devolveremos la llamada dentro de las 48 horas hábiles.

Condado Linn
250 Broadalbin St SW, STE 2A
Albany, OR 97321
541-926-7163

Condado Benton
917 NW Grant Ave, STE B
Corvallis, OR 97330
541-752-2840

Condado Lincoln
120 NE Avery St (piso de arriba)
Newport, OR 97365
541-265-3293

Nombre del solicitante: Programa: Oficina:

NOTA: LAS ÁREAS GRISES SON PARA USO EXCLUSIVO EN OFICINAS.

Número total en el hogar:		Tipo de hogar (marque uno): (Soltero/a) (2 adultos, sin hijos) (Mujer madre sola) (Hombre padre solo) (Multigeneracional) (Otro)													
Ref:	Nombre legal completo como aparece en su seguro social (nombre, segundo nombre, apellido):	Fecha de nacimiento:	# Seguro Social:	SS# Vrfd?	Adult Vrfd?	IDIOMA (ver más abajo)	GÉNERO	HISPANO-A S/N	RAZA (ver más abajo)	TRIBU DE OREGON S/N	EDUCACIÓN (ver más abajo)	DISCAPACIDAD S/N	CONFINADO EN CASA S/N	VETERANO S/N	NCB/HI
A															
B															
C															
D															
E															
F															
G															
H															

Códigos de idioma: E: Inglés S: Español R: Ruso AR: Árabe AM: lenguaje de señas americano O: Otro	Gender: F: Femenino M: Masculino FTM: Transgénero Femenino a Masculino MTF: Transgénero Masculino a Femenino O: Otro RF: No quiero contestar	Códigos de Raza: AA: Afroamericana-o AS: Asiático-a NA/AN: Nativo-a americano-a / de Alaska NH/PI: Nativo-a de Hawai / islas del Pacífico WH: Blanco-a DK: No sé RF: No quiero contestar	Códigos de educación: 0-8: Grados de 0 a 8 9-12: Grados 9-12 / No graduados HS: Graduado de preparatoria / GED 12+: algo de universidad / postsecundaria 2C: título de 2 o 4 años CG: Graduado de Otro Post-Secundario RF: No quiero contestar
--	---	--	--

Teléfono: Tipo (encierra en un círculo): Celular Casa Mensaje

Household Comments:

Dirección física:

Dirección: Apt o # de espacio:

Ciudad: Condado:

Dirección postal (si es diferente a la dirección física):

Dirección: PO Box: Apt o # de espacio:

Ciudad: Condado:

Tipo de vivienda (encierra en un círculo): CASA CASA MANUFACTURADA / MÓVIL MULTI-UNIDAD (DUPLEX / TRIPLEX) TRAILER DE VIAJE OTRO	Estatus residencial (circule todo lo que corresponda): PROPIETARIO RENTA RENTA (Calefacción incluida en la renta) HUD/SEC 8 VIVIENDA PÚBLICA	Fuente (s) de calor o energía (circule todas las que correspondan): ELECTRICIDAD GAS NATURAL PELLET MADERA SOLAR ACEITE PEQUEÑO TANQUE PROPANO ENTREGA DE PROPANO OTRO (DESCRIBA):
--	--	--

TIPO DE VIVIENDA

Tipo primario de energía:

Nombre del solicitante:	Oficina:
Programa:	

PARTE 2: AVISO, EXENCIÓN Y LIBERACIÓN DEL SOLICITANTE RELACIONADOS CON LOS PROVEEDORES DE ENERGÍA Y LA INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE SERVICIOS DE ENERGÍA DEL SOLICITANTE

Entiendo que el estado de Oregon, incluidos OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias, puede solicitar información relacionada con mi cuenta (o cuentas) de servicios de energía ("Cuenta") a mi proveedor (o proveedores) de servicios de energía, incluidos la empresa de servicios, el proveedor de combustible u otra entidad similar que preste servicios similares ("Proveedor de servicios de energía"), una vez que mi hogar solicite asistencia energética a través de uno de los programas de asistencia energética, incluidos, entre otros, el Programa de Asistencia Energética para Comproendo que la información relacionada con mi Cuenta puede ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias a fin de, entre otras cosas, determinar la elegibilidad para la asistencia energética de mi hogar, y administrar, monitorear, investigar y evaluar los programas de asistencia energética (todo ello según lo determine OHCS a su entera discreción).

Con mi firma,

Reconozco que soy el titular de la cuenta (o el agente autorizado del titular de la cuenta) para la cuenta (o cuentas) del proveedor de servicios de energía identificada en esta solicitud. Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi proveedor(es) de servicios de energía a divulgar y proporcionar toda la información relacionada con mi cuenta, incluidos, entre otros, el número de cuenta, el nombre de cuenta, la dirección de servicio, las fechas de facturación y los montos cobrados, la información relacionada con acciones de cobro, otros cargos e información varios de la cuenta, u otros datos similares de la cuenta que puedan solicitar OHCS o su subcontratista designado (en adelante, "información de la cuenta") al estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias. Comprendo y acepto que, en caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de cualquiera de estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus Subcesionarias y/o contratistas.

Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi(s) Proveedor(es) de Servicios de Energía por dicha divulgación de la Información de mi Cuenta durante un máximo de dos (2) años del programa de asistencia energética (10/1 al 9/30) antes de mi Solicitud y durante tres (3) años del programa (10/1 al 9/30) después de que se presente mi Solicitud. Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias en el uso (según lo autorice OHCS a su entera discreción) de mi Información de cuenta divulgada.

PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma, por el presente, doy la autorización, aprobación y reconocimientos requeridos tanto a la PARTE 1 como a la PARTE 2 de esta SOLICITUD DE ASISTENCIA ENERGÉTICA/DE CLIMATIZACIÓN:

Firma del solicitante

Fecha

La asistencia esta sujeta a la disponibilidad de fondos. La solicitudes se procesan en el orden recibidas. La documentacion debe estar incluida con su solicitud.

Agency Certification: The above named applicant has met the income eligibility requirements for the State of Oregon low-income energy assistance programs and is authorized to receive assistance in the amount above.	
Intake Worker Signature: _____	Authorizing Agency Signature: _____
Date: _____	Date: _____
Data Entry: _____	LP LP A/C OEA LIHWA Other: _____ Approved Denied

Programa de Asistencia con facturas del Agua para Hogares de Bajos Ingresos

Para solicitar el programa de asistencia con facturas del agua, debe tener una Solicitud de asistencia de servicios públicos completa en el archivo, completando una de las opciones a continuación. Debe tener una factura de agua/alcantarillado a nombre de un adulto que resida actualmente en el hogar, este adulto debe estar incluido en la Solicitud de asistencia de servicios públicos.

Opción 1: Ya ha completado una Solicitud de asistencia de servicios públicos este año del programa. Todavía vive en la misma residencia con las mismas personas (si hay algún cambio, use la opción 2). Firme este formulario y devuélvalo con su factura actual de agua/alcantarillado.

Opción 2: Completar la Solicitud de Asistencia de Servicios Públicos; firmar todos los formularios; incluya sus comprobantes de ingresos de todos los miembros del hogar (vea las instrucciones) y una identificación para los adultos. Firme este formulario y devuelva todos los formularios y documentos con su factura actual de agua/alcantarillado.

Si completa una de estas opciones, **no necesita** programar una cita. Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben. Una vez procesado, recibirá un recibo que detalla el monto de su beneficio. **Continúe pagando su factura o trabaje con el proveedor de servicios públicos haciendo arreglos de pago.**

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DE LIHWA:

Con mi firma, yo, el/la Solicitante, acepto las siguientes declaraciones con respecto al Programa de Asistencia con facturas de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWA):

- Doy fe de que la información indicada en esta solicitud es verdadera y precisa y se utilizará para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia con facturas de agua y/o aguas residuales.
- Entiendo que la información proporcionada, si está tergiversada o incompleta, puede ser motivo para la terminación inmediata de la solicitud y/o podría resultar en sanciones según lo especificado por la ley, que incluye, entre otros, el cumplimiento de las Leyes Federales y de Reclamos Falsos de Oregon.
- Acepto, como titular de la cuenta de los servicios de agua y/o aguas residuales, la Divulgación de Información adicional al proveedor de agua y/o aguas residuales o a sus socios y representantes autorizados según sea necesario para verificar los servicios prestados y los costos asociados con los servicios y procesar el pago.
- Si le pago a mi arrendador o representante autorizado por los servicios de agua y/o aguas residuales, he proporcionado un Formulario de Autorización del Arrendador firmado como Divulgación de Información.
- Además, acepto que los datos de esta aplicación y de mi cuenta de servicios de agua y/o aguas residuales (sin incluir mi información de identificación personal) pueden ser utilizados para fines de informes o evaluación del programa por parte del proveedor de agua y/o aguas residuales, sus socios autorizados, y representantes, y el Estado de Oregon, incluidos, entre otros, Servicios Comunitarios y de Vivienda de Oregón (OHCS) y sus socios y representantes autorizados.

Nombre del Solicitante (por favor imprimir): _____

Firma de el/la solicitante: _____ Fecha: _____

Complete solamente si un miembro de su hogar (18 años o mayor) no tiene ingresos

Declaración de ingresos cero - FORMULARIO ZIS

Este formulario es para los miembros del hogar, mayores de 18 años, que no están en la preparatoria.

Nombre(s) de la(s) persona(s) que tienen ingresos cero: Cuantos meses sin ingresos:

- a.) _____
- b.) _____
- c.) _____
- d.) _____

Certifico que no se recibió ningún ingreso de NINGUNA fuente, incluyendo:

- Ingresos resultantes de trabajos ocasionales, como trabajos de jardinería o cuidado infantil
- Ingresos resultantes de recoger botellas/latas, donar sangre/plasma, etc.
- Ingresos por alquiler
- TANF
- Manutención infantil, pensión alimenticia o regalos regulares de personas que no viven en mi hogar
- Trabajo por cuenta propia (Uber, Lyft, ventas en eBay, servicios de entrega de comidas y/u otras ventas o servicios)
- Desempleo
- 1.) ¿Solicitó desempleo? _____
- 2.) En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de su último cheque de pago? Si no, ¿por qué no?
- _____

APOYO AL HOGAR:

RENTA: ¿Cuánto es el alquiler o la hipoteca de su hogar cada mes? \$ _____

¿Sus ingresos son más bajos que su parte del alquiler o la hipoteca? _____

¿Qué fuente(s) de fondos se usaron para alquiler o hipoteca?:

- HUD / Sección 8 / vivienda de bajos ingresos Otros ingresos de miembros del hogar
- Ahorros Sin renta ni hipoteca
- Atrasos, sin pagar, enfrentando desalojo Trabajar a cambio
- Familia y/o amigos - En caso afirmativo, ¿se le pagó a usted o directamente al arrendador/compañía hipotecaria? _____
- Otro, por favor explique: _____

SERVICIOS: ¿Ha realizado un pago a su compañía de servicios públicos en los últimos 30 días? _____

¿Qué fuente de financiamiento se utilizó para realizar el pago de los servicios públicos?

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. El abajo firmante entiende además que proporcionar representaciones falsas en el presente documento constituye el acto de fraude. Proporcionar información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación de sus beneficios.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

FORMA DHI – Complete solo si un miembro de su hogar (18+) tiene ingresos ocasionales

Trabajos ocasionales Depósitos de latas/botellas Cuidado de niños Familia y amigos
 Manutención de niños Manutención conyugal (pensión alimenticia) Propinas en efectivo
 Donación de sangre/plasma Otro (explique a continuación)

Por favor enumere a continuación **JUNTO CON** el tiempo que recibió este ingreso:

Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingresos (ver lista arriba)	¿Recibida por cuánto tiempo?	Cantidad recibida en el mes anterior:

¿Cuánto cuesta el alquiler o la hipoteca de su hogar cada mes? \$ _____

¿Qué fuentes de fondos se utilizaron para pagar el alquiler o la hipoteca? (marque todo lo que corresponda a continuación)

- HUD/Sección 8/ vivienda de bajos ingresos Ingresos de otros miembros del hogar
 Ahorros No Renta o Hipoteca
 Atrasado, sin pagar, enfrentando el desalojo Trabajar a cambio
 Familia/Amigos - Si es así, ¿se le pagó a usted o al propietario / compañía hipotecaria? _____

FORMA SEWS – Complete si usted o alguien en el hogar tiene ingresos de trabajo por cuenta propia

Nombre de la persona que trabaja por cuenta propia, nombre y tipo de negocio: _____

¿El negocio se lleva a cabo desde su casa? Sí o NO (circule uno)

¿Su carro se utiliza tanto para uso comercial como personal? Sí o NO (circule uno)

Ingresos o ventas brutos (incluidas las propinas) del mes anterior \$ _____

Deducciones del negocio para el mes indicado anteriormente:

1. Combustible o kilometraje \$ _____ 3. Publicidad \$ _____

(Explique) _____

2. Suministros & Limpieza \$ _____ 4. Otro \$ _____

(Explique) _____

Deducciones totales (Sume las líneas 1 a 4)
 (Las pérdidas de años anteriores no son deducibles) \$ (_____)

INGRESOS NETOS (Reste las deducciones totales de los ingresos brutos): \$ _____

(Si llenó alguna parte de este formulario, firme a continuación) Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. Proporcionar información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación de sus beneficios.

 Firma del solicitante

 Fecha