



## POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE

Adjunto se encuentra su solicitud de Asistencia para Servicios Públicos.

**No es necesario programar una cita.**

**La información o documentación faltante retrasará el procesamiento de su solicitud.**

**TENGA EN CUENTA:** Se DEBEN proporcionar ingresos para cada miembro del hogar con cada solicitud de Asistencia de Servicios Públicos. La falta de comprobante de ingresos resultará en un tiempo de procesamiento más largo o en la denegación de su solicitud.

Las facturas de servicios públicos DEBEN incluirse con su solicitud para reducir la posibilidad de demoras en el procesamiento de su solicitud.

**Debido a incertidumbres sobre la financiación federal, su pago puede retrasarse. Continúe pagando su factura. Ya no tenemos un programa de pago de facturas de agua. No espere un pago de agua.**

Para completar esta solicitud, usted debe:

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

Paso 2: Llenar la solicitud por completo para cada miembro del hogar que vive en su casa. Esto incluye a cualquier persona que utilice su(s) servicios públicos. Por ejemplo, alguien que se aloje en un trailita en su propiedad y este enchufado a su red eléctrica.

Paso 3: **Firmar la solicitud** y los formularios adicionales si son necesarios (Nota: la misma persona firma todos los formularios).

Paso 4: Incluir copias de **todos** los ingresos de **todos** los miembros de la unidad familiar de los últimos 60 días; vea atrás los tipos de ingresos habituales y las pruebas necesarias para cada uno de ellos.

Paso 5: Incluir copias de identificaciones de todos los adultos (mayores de 18 años) del hogar y de las tarjetas de Seguro Social de todos los miembros del hogar.

Paso 6: Incluir una copia de las facturas de servicios públicos con la dirección y los números de cuenta actuales. (Nota: las facturas deben estar a nombre de un adulto que viva en la vivienda).

Paso 7: Devolver la solicitud firmada, los formularios adicionales si se necesita, comprobantes de ingresos, la(s) factura(s) de servicios públicos y el (los) documento(s) de identidad/tarjeta(s) de Seguro Social a la dirección al final de estas instrucciones. Envíe la solicitud y los documentos a la oficina específica de su Condado.

\* **Tabla de ingresos:** Basándose en el número de personas incluidas en su hogar (es decir, cualquier persona que utilice servicios públicos, por ejemplo: compañeros de cuarto, familia, etc.), los *ingresos brutos* mensuales totales del hogar deben ser iguales o inferiores al límite de ingresos mensuales indicado a continuación. Nota: los ingresos brutos son antes de cualquier deducción, incluyendo, pero no limitado a; impuestos, pagos de manutención, seguros (incluyendo Medicare), y embargos.

Tamaño del hogar	Ingresos brutos mensuales	Tamaño del hogar	Ingresos brutos mensuales
1	\$ 3,067.58	7	\$ 7,963.92
2	\$ 4,011.50	8	\$ 8,140.83
3	\$ 4,955.33	9	\$ 8,317.83
4	\$ 5,899.17	10	\$ 8,494.83
5	\$ 6,843.08	11	\$ 8,671.83
6	\$ 7,786.92	12	\$ 8,848.75

Por cada miembro adicional del hogar añadir: \$176.92

## **TENGA EN CUENTA:**

- Tomará aproximadamente **8 semanas** procesar completamente su solicitud. Una vez que se procese su solicitud, recibirá un recibo de pago por correo. El pago tardará hasta 2 ciclos de facturación en aparecer en su factura.
- Las solicitudes se tramitan por orden de recepción.
- No recibirá ningún pago para el agua; Nuestro programa de ayuda para el agua ha terminado.
- Si le preocupa su factura de servicios públicos, póngase en contacto con su proveedor de servicios para acordar el pago e informarle de que ha solicitado ayuda.

## **Tipos de ingresos habituales y comprobantes requeridos:**

**Seguro Social/Incapacidad 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 DECLARACIONES BANCARIAS NI DECLARACIONES DE IMPUESTOS PARA SSA O SSDI.**

**Ingreso de Seguridad 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 de los últimos 60 días.

**Pensión/Incapacidad de 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 los depósitos de pensiones o anualidades de los últimos 60 días, o un extracto de la compañía de pensiones/anualidades si tiene fecha de los últimos 60 días. También es aceptable una carta de beneficios vitalicios.

**Salarios-** (Se REQUIERE comprobante para cualquier persona mayor de 18 años y que no esté estudiando en la preparatoria) Recibos de pago de los últimos 60 días que muestren el nombre del empleado, el nombre del empleador, el salario BRUTO y la fecha de pago. Tenga en cuenta que el período de pago no es el mismo que la fecha de pago. (Debe proporcionar incluso si ya no está empleado).

**TANF-** Se necesita un estado de cuenta actual del DHS.

**Desempleo/licencia remunerada en Oregon-** DEBE proporcionarnos copias impresas del sitio web en línea de FRANCES que muestren CLARAMENTE; Su nombre, qué tipo de beneficio está recibiendo (UI vs. Licencia Pagada de Oregón), el monto de su beneficio semanal y sus últimos 8 pagos recibidos desde la fecha en que firma esta solicitud.

**Manutención de menores/Manutención del conyugue, trabajos ocasionales, ayuda familiar, recolección de latas, otros -** Complete el FORMULARIO DHI.

**Negocio propio-** Complete el FORMULARIO SEWS.

**Ingreso cero (solo mayores de 18 años y que no están en la preparatoria)-** Completar FORMULARIO ZIS.

**Envíe su solicitud por correo o entréguela en su oficina local de CSC.**

**Condado Linn**  
250 Broadalbin St SW, STE 2A  
Albany, OR 97321

**Condado Benton**  
PO Box 1084  
Corvallis, OR 97339

**Condado Lincoln**  
120 NE Avery St (arriba)  
Newport, OR 97365

Si necesita ayuda o tiene preguntas, deje un mensaje con nuestra mesa de ayuda al 541-704-7632. Le devolveremos su llamada dentro de las 72 horas hábiles.

Applicant Name (Last, First):

Program:

Office:

**NOTA: LAS ZONAS GRISES SON SOLO PARA USO DE OFICINA.**

Número Total en el Hogar: Tipo de Hogar (Marque con un círculo): (Soltero) (2-Adultos Sin hijos) (Madre soltera) (Padre soltero) (2 padres) (Multigeneracional) (Otro)

Ref: social (Nombre, Segundo nombre, Apellidos):	Nombre legal completo como aparece en su seguro	Fecha de nacimiento:	# de Seguro Social:	SS# Vfrd Y/N	Adults Vfrd S/N	IDIOMA (Véase más abajo)	GÉNERO	H=HISPANO NH=NO-RAZA (Véase más abajo)	TRIBU DE OREGON	EDUCACIÓN (Véase más abajo)	DESHABILITADO S/N	EN CASA S/N	VETERANO S/N	SNAP (Cupones para alimentos) S/N	NCB/HI
A															
B															
C															
D															
E															
F															
G															
H															

Algun miembro de su hogar tiene el siguiente seguro médico? Por favor coloque la "Ref." junto a su nombre (arriba) detras del tipo de seguro(s) que recibe (ejemplo: Persona A: Medicare, B: Medicaid)

Personas A: <u>MEDICAID/OHP</u>	Personas B: <u>MEDICARE</u>	Códigos de Idioma:	Género:	Códigos de Carreras:	Códigos de Educación:
<u>MILITAR/VA</u>	<u>MEDICARE</u>	E: Inglés S: Español R: Ruso AR: Árabe AM: Lenguaje de señas americana O: Otros	F: Femenino M: Masculino FTM: Transgénero F a M MTE: Transgénero M a F O: Otros	AA: Afroamericano AS: Asiático AI: Nativo Americano/Nativo de Alaska NH/PI: Nativo de Hawái/Isias del Pacifico WH: Blanco DK: No lo sé RF: No contesta	0-8: Grados 0 a 8 9-12: Grados 9-12/No-Grad HS: Graduado de prepa/GED 12+: Algunos estudios universitarios 2C: Titulación de 2 a 4 años CG: Graduado de otro nivel postsecundario RF: No contesta

Esta afiliado al OHP? Esta inscrito en la IHN? S o N (marque con un círculo)

Household Comments:

<b>Dirección física:</b>	Número y Calle:	Estado:	Apt o Espacio#:
<b>Dirección postal (si es diferente de la dirección física):</b>	Número y Calle:	Estado:	Condado:
CIudad:	Estado:	PO Box:	Apt o Espacio#:

TIPO DE VIVIENDA	Situación de residencia (marque con un círculo todo lo que aplique):	Fuente(s) de calor o energía (marque con un círculo todo lo que aplique):	Tipo de energía primaria:
CASA	PROPIA	ALQUILER	ELECTRICO
PREFABRICADA/MOVIL	ALQUILER (calefacción incluida en el alquiler)	SOLAR	ACEITE
MULTIUNIDADES (DUPLEX/TRIPLEX)	HUD/SEC 8	OTROS (enumerar):	SM TANQUE PROPANO
UNITADES MÚLTIPLES (4+)	VIVIENDA PÚBLICA		PROPANO ENTREGADO
TRAILER DE VAJE			PELETT
OTROS:			MADERA

NOTA: LAS ZONAS GRISES SON SOLO PARA USO DE OFICINA.							
Ref:	Income Source:	Type:	Freq:	Amount:	Annual:	Verification:	Comment:

\*\*Si recibe PENSION, ¿se le descuenta de su pensión? SI o NO (marque con un círculo). Si la respuesta es "SI", el importe que se deduce de la pensión es: \$ \_\_\_\_\_ al mes.

NOTA: LAS ZONAS GRISES SON SOLO PARA USO DE OFICINA.

INFORMACIÓN DE SERVICIOS		Empresa de servicios:		Número de cuenta #:	Intake Date:	Matrix Energy Type:
Circle Types:	Account Status:				Total Annual Income:	Authorized Amount:
Standard	Current				Nombre en la cuenta	Utility Amount:
Crisis	Past Due					Utility Amount:
Combo	Shutoff 1-5 Days					Direct Pay Amount:
Other	Shutoff 0-24 Hours					
	Disconnected					
	Bulk Fuel					
	Bulk Fuel Out					
Comments:						

Descargo de responsabilidad y exención de responsabilidad del solicitante: (continúa en la página 3) Fecha de vigencia: 10/01/2024

**PARTE 1: AVISO AL SOLICITANTE; DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA Y RESPONSABILIDADES; RENUNCIA Y EXENCIÓN DEL SOLICITANTE**

Yo, el/la Solicitante, entiendo que los programas gubernamentales de asistencia en energía y climatización son voluntarios y que mi solicitud está sujeta a un proceso de revisión para determinar la elegibilidad de mi hogar. Entiendo que para que la solicitud de mi hogar sea considerada, debo presentar una solicitud completa que proporcione toda la información requerida. Entiendo que es posible que se me pida información o documentación adicional para determinar si mi familia reúne los requisitos necesarios. Entiendo que la solicitud de mi hogar y los materiales de información o documentación adicionales formarán parte de la solicitud de mi hogar ("Solicitud"). Entiendo que las determinaciones sobre la elegibilidad de la ayuda son realizadas por el departamento estatal de Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregon (OHCS) junto con las agencias subcontratadas ("Subconcesionarios").

En caso de que se niegue la solicitud de mi hogar, puedo tener derecho a una revisión de mi solicitud en virtud de las normas administrativas de Oregon aplicables. Al inscribirme con éxito en los programas LIHEAP/OEAP, autorizo además a OHCS y al Estado de Oregon, incluidos los subcontratistas designados, y a los Subconcesionarios de OHCS a divulgar mi Solicitud y la información continua sobre los beneficios del programa LIHEAP/OEAP en poder de OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subconcesionarios de OHCS) al Proveedor de Servicios de Energía (según se define a continuación) con el fin de administrar, supervisar, investigar y evaluar la entrega y eficiencia del programa LIHEAP/OEAP.

Declaro que la información que proporciono para completar mi solicitud es verdadera y correcta. Acepto cumplir los requisitos del programa gubernamental de asistencia energética y de climatización para los hogares que reúnan los requisitos. En caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de mi elegibilidad para estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus sub-concesionarios y/o contratistas. Acepto que soy responsable de devolver los fondos no subvencionables o utilizados indebidamente. Autorizo y eximo de responsabilidad a OHCS (incluidos sus subcontratistas y subdonatarios de OHCS) a divulgar mi solicitud y la información continua sobre los beneficios del programa LIHEAP/OEAP hasta un (1) año de programa después de mi participación en los programas LIHEAP/OEAP.

Applicant Name: (Last, First): \_\_\_\_\_

Program: \_\_\_\_\_

Office: \_\_\_\_\_

**PART 2: APPLICANT NOTICE, WAIVER & RELEASE RELATED TO ENERGY SERVICE PROVIDERS & APPLICANT'S ENERGY SERVICE ACCOUNT INFORMATION**

Entiendo que el Estado de Oregon, incluyendo OHCS, sus subcontratistas designados, y Subconcesionarios, pueden solicitar información relacionada con mi(s) cuenta(s) de servicios de energía ("Cuenta") de mi(s) proveedor(es) de servicios de energía, incluyendo utilidad, proveedor de combustible, vendedor, u otra entidad similar que preste servicios similares ("Proveedor de Servicios de Energía"), una vez que mi hogar solicite asistencia de energía a través de uno de los programas de asistencia de energía, incluyendo pero no limitado al Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LH/EAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregon (OEAP).

Entiendo que la información relacionada con mi Cuenta puede ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados, y Subdonatarios para los fines de, incluyendo pero no limitado a, determinar la elegibilidad de asistencia de energía de mi hogar, y administrar, supervisar, investigar y evaluar los programas de asistencia de energía (todo lo cual según lo determinado por 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) de la(s) Cuenta(s) del Proveedor de Servicios Energéticos identificada(s) en esta Solicitud.

Por la presente autorizo y eximo de responsabilidad a mi(s) proveedor(es) de servicios de energía para que divulguen (y proporcionen) toda la información relacionada con mi cuenta, incluidos, entre otros, el número de cuenta, el nombre de la cuenta, la dirección de servicio, las fechas de facturación y los montos cobrados; la información relacionada con acciones de cobranza, otros cargos e información misceláneos de la cuenta u otros datos similares de la cuenta según lo solicite OHCS o su subcontratista designado (en adelante, "Información de la cuenta") al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subdonatarios. Entiendo y acepto que, en caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de cualquiera de estos programas, acepto eximir de toda responsabilidad a OHCS, sus subconcesionarios y/o contratistas.

Por la 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 (del 10/1 al 9/30) anteriores a mi solicitud y durante tres (3) años del programa (del 10/1 al 9/30) posteriores a la presentación de mi solicitud.

Por la presente autorizo y eximo de responsabilidad al Estado de Oregon, a la OHCS, a sus subcontratistas designados y a los Subconcesionarios en el uso (según lo autorice la OHCS a su entera discreción) de la información de mi Cuenta divulgada.

**PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE**

Con mi firma autorizo, apruebo y reconozco tanto la PARTE 1 como la PARTE 2 de esta SOLICITUD DE AYUDA PARA LA ENERGÍA Y LA CLIMATIZACIÓN DECLARACIONES Y APROBACIONES OBLIGATORIAS DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**La ayuda está sujeta a la disponibilidad de fondos y las solicitudes se tramitan por orden de recepción. La documentación debe acompañar a la solicitud para poder tramitarla.**

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: _____	Date: _____	Authorizing Agency Signature: _____	Date: _____
Data Entry: _____	Date: _____	LP    LP A/C    OEA    Other:	Approved: _____    Denied: _____

(PÁGINA 4 INTENCIONALMENTE DEJADA  
EN BLANCO)

**Complete para todos los miembros de su hogar (18+) que no tuvieron ingresos en el mes anterior.**

### Declaración de Ingresos Cero – Formulario ZIS

Este formulario es para todos los miembros del hogar de 18 años o más que ya no están en la escuela preparatoria.

Nombre(s) de la(s) persona(s) que declaran no tener ingresos:

¿Cuántos meses sin ingresos?:

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

#### ¿Recibió algún ingreso de las siguientes fuentes en los últimos 60 días? Encierre SÍ o NO para cada uno.

- Sí o NO Ingresos de trabajos ocasionales como trabajos de jardinería o cuidado de niños.  
Sí o NO Ingresos por recolectar botellas/latas, donar sangre/plasma, etc.  
Sí o NO Ingresos de una propiedad de alquiler que posee.  
Sí o NO TANF (No incluye beneficios SNAP)  
Sí o NO Manutención de hijos, pensión alimenticia o regalos regulares de personas que no viven en mi hogar.  
Sí o NO Trabajo por cuenta propia (eje.: Uber, Lyft, ventas en eBay, Grub Hub/Door Dash, otras ventas o servicios)  
Sí o NO Desempleo/Permiso Pagado de Oregon.

*Si respondió Sí a cualquiera de los ingresos anteriores, proporcione la documentación de respaldo como se indica en la hoja de instrucciones.*

#### APOYO DEL HOGAR:

**Renta:** ¿Cuánto paga su hogar por alquiler o hipoteca? \$ \_\_\_\_\_

¿Cómo se pagó su renta o hipoteca? (Marque todas las que correspondan a continuación)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HUD/Sección 8/vivienda de bajos ingresos.   | <input type="checkbox"/> Ingresos de otro miembro del hogar. |
| <input type="checkbox"/> Ahorros.  | <input type="checkbox"/> No paga renta ni hipoteca.          |
| <input type="checkbox"/> Atrasado, sin pagar, en riesgo de desalojo.   | <input type="checkbox"/> Trabajo a cambio.                   |
| <input type="checkbox"/> Familiares y/o amigos – Si es así, ¿se le pagó a usted o al propietario/compañía hipotecaria? |  |

\_\_\_\_ Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

**SERVICIOS PÚBLICOS:** ¿Ha pagado a su compañía de servicios públicos en los últimos 30 días? Sí o NO (encierre uno)

Si respondió Sí, ¿qué ingresos se utilizaron para hacer el pago del servicio? \_\_\_\_\_

**Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es verdadera y precisa según mi conocimiento. El abajo firmante también entiende que proporcionar representaciones falsas constituye un acto de fraude. Proporcionar información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación de sus beneficios.**

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

Trabajos ocasionales      Recolectar 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:

Alquiler: ¿Cuánto paga su hogar por alquiler o hipoteca? \$ \_\_\_\_\_

¿Cómo pagó su alquiler o 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?** \_\_\_\_\_  
 Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

**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)

**Ingreso bruto (incluidas las propinas) del mes anterior (solo 30 días)** \$ \_\_\_\_\_

**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