



POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE ¡Nuestro proceso ha cambiado!

Ya no es necesario agendar una cita.

IMPORTANTE: Se debe presentar el ingreso de cada persona que viva en el hogar para cada solicitud de asistencia de servicios públicos. Si no se entregan los documentos de ingreso, el proceso puede tardar más o ser rechazado. No se puede usar documentación de solicitudes anteriores. NO SE DEMORE en entregar su solicitud completa, ya que los fondos son limitados.

Para solicitar Asistencia para Servicios Públicos debe seguir estos pasos:

Paso 1: Verifique que su hogar califica según los ingresos usando la tabla más abajo.

Paso 2: Llene completamente el formulario de evaluación para asistencia. Incluya a todas las personas que viven en su hogar: familiares, amigos, compañeros de cuarto, y cualquier persona que use los servicios públicos. ♦ ASEGÚRESE DE INCLUIR UN NÚMERO DE CONTACTO.

Paso 3: Incluya copias de todos los ingresos de todos los miembros del hogar de los últimos 60 días. (Vea el reverso para ejemplos de tipos de ingresos y pruebas necesarias).

Paso 4: Incluya copias de identificaciones de todos los adultos (mayores de 18 años) del hogar, y tarjetas del Seguro Social de todos los residentes.

Paso 5: Adjunte copia de sus facturas de servicios públicos con la dirección actual y el número de cuenta. (Nota: las facturas deben estar a nombre de un adulto que viva en el hogar).

Paso 6: Envíe por correo el formulario completo junto con los documentos de ingresos, facturas de servicios públicos, y copias de ID/Seguro Social a la dirección indicada al reverso.

Paso 7: Realice la entrevista telefónica. Le llamarán cuando su formulario esté listo para ser procesado. Si no pueden contactarle en 3 intentos, deberá enviar una nueva solicitud.

Tabla de elegibilidad de ingresos: *Según el número de personas que viven en el hogar, los ingresos brutos mensuales deben ser iguales o menores a los siguientes montos:*

Tamaño del hogar	Ingreso mensual máximo	Tamaño del hogar	Ingreso mensual máximo
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 persona adicional en el hogar, agregue \$176.92 al límite mensual.

Descargo de responsabilidad y exención de responsabilidad del solicitante: (continúa en la página 3)

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 Oregón (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 proporcionó 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.

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

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 (LIHEAP) 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.

Evaluador de asistencia de servicios públicos

¿Cuántas personas viven en su residencia?

¿Alguien recibe compensación por discapacidad?

Nombre completo:Primer	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimie	Nº de Seguro Social	*Tipo de ingreso
			/ /	- -	
			/ /	- -	
			/ /	- -	
			/ /	- -	
			/ /	- -	
			/ /	- -	
			/ /	- -	
			/ /	- -	
			/ /	- -	
			/ /	- -	
			/ /	- -	

Por favor incluya cada ingreso recibido por cada persona que vive en la casa. (Sueldo, Seguro Social, manutención, beneficios del VA, TANF, ingresos casuales, etc.)

Teléfono:		Teléfono alternativo:		Correo electrónico:	
Residence					
Dirección: Calle y número:					
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	Condado:	
Dirección postal (si es diferente):					
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	Condado:	
Utility Information					
Proveedor de servicio:		Nombre en la cuenta:		Número de cuenta:	
Proveedor de servicio:		Nombre en la cuenta:		Número de cuenta:	

Si vive en la ciudad de Albany o Newport y tiene el servicio de agua a su nombre, puede calificar para un descuento en esa factura.
Para solicitar el descuento en el agua, proporcione una copia de la factura. Al hacerlo, acepta compartistu información de elegibilidad con la ciudad.

Nota: Una vez que recibamos este formulario completo y todos los documentos requeridos, un trabajador se pondrá en contacto con usted para realizar una entrevista telefónica. Las solicitudes completas se procesan por orden de llegada.

Adjunte los siguientes documentos obligatorios: Identificación con foto de los adultos y tarjetas del Seguro Social de todos los residentes. Facturas de servicios públicos de electricidad y gas. Factura de agua si vive en Albany o Newport. Comprobantes de todos los ingresos del hogar (deben mostrar el nombre del beneficiario).	Importante: Si no incluye todos los documentos requeridos junto con este formulario, no podremos procesar su solicitud.
---	---

For Staff use only:		
First Attempt	Date/Time:	Second Attempt
	Date/Time:	Third Attempt
	Date/Time:	Date/Time:

TENGA EN CUENTA:

- El procesamiento completo puede tardar aproximadamente **8 semanas**.
- Las solicitudes se revisan en el orden en que se reciben. No serán procesadas hasta que se entreguen todos los documentos requeridos.
- *Si le preocupa su factura de servicios públicos, contacte directamente a su proveedor para ver opciones de pago o ayuda adicional.*

Tipos comunes de ingreso y pruebas requeridas:

Seguro Social / Discapacidad (SSA o SSDI): Carta de beneficios del año actual de la oficina del Seguro Social. *No podemos acceder a esta información por usted. NO SE ACEPTAN ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS NI DECLARACIONES DE IMPUESTOS PARA SSA O SSDI.*

Ingreso Suplementario (SSI): Carta de beneficios actual o estado de cuenta bancaria con depósitos de SSI y nombre del beneficiario.

Pensión VA / Discapacidad de veteranos: Carta de beneficios actual del Departamento de Asuntos de Veteranos, o estado de cuenta con depósitos.

Pensión / Anualidad: Estado de cuenta con nombre y depósitos, o carta reciente de la compañía. También se acepta carta de beneficios vitalicios.

Salarios: (Obligatorio para mayores de 18 años que no estén en secundaria). Talones de pago de los últimos 60 días que incluyan nombre del empleado, empleador, sueldo bruto y fecha de pago. *Debe entregarse incluso si ya no está empleado.*

TANF: Declaración actual del DHS.

Desempleo / Licencia pagada de Oregon: Impresiones del sitio web de FRANCES que muestren claramente el nombre, tipo de beneficio, monto semanal y los últimos 8 pagos.

Manutención infantil o conyugal, ayuda familiar, trabajos informales (latas, plasma, etc.): Formulario DHI, información durante la entrevista.

Trabajador independiente: Formulario SEWS, información en la entrevista.

Sin ingresos (mayores de 18 años que no estén en secundaria): Formulario ZIS, información durante la entrevista.

Envíe por correo o devuelva su solicitud completa a una de las oficinas que se enumeran a continuación.:

Condado Linn:

250 Broadalbin St SW, Oficina 2A
Albany, OR 97321

Condado Benton:

PO Box 1084
Corvallis, OR 97339

¿Necesita ayuda o tiene preguntas? Deje un mensaje en nuestro centro de ayuda al **541-704-7632**. Le devolveremos la llamada en un plazo de **72 horas hábiles**.