



## Solicite ahora la asistencia de servicios públicos POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE ¡Nuestro proceso ha cambiado!

Te llamaremos para tu cita. Por favor, añada nuestro número de teléfono a su lista de contactos. Nuestro numero puede aparecer como spam para algunos operadores telefonía móvil. Revisa su carpeta de correo no deseado y elimina nuestro número si lo encuentras.

**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.**

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 30 días. (Vea el reverso para ejemplos de tipos de ingresos y pruebas necesarias) Es posible que se requiera una verificación adicional de ingresos

**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, se le enviará por correo una solicitud en papel para completar.

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	\$3,198.75	7	\$8,304.33
2	\$4,183.00	8	\$8,488.92
3	\$5,167.17	9	\$8,673.42
4	\$6,151.42	10	\$8,858.00
5	\$7,135.58	11	\$9,042.50
6	\$8119.83	12	\$9,227.08

## **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 30 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. Por favor, tenga registros y talones de cheque de ingresos y gastos brutos de los últimos 60 días.

**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**.

Applicant Name (Last, First):		Program:		Office:
Número Total en el Hogar:		NOTA: LAS ZONAS GRISES SON SOLO PARA USO DE OFICINA.		
Ref: Nombre legal completo como aparece en su seguro social (Nombre, Segundo nombre, Apellidos):		Tipo de Hogar (Marque con un círculo): (Soltero) (2-Adultos, Sin hijos) (Madre soltera) (Padre soltero) (2 padres) (Multigeneracional) (Otro)		
A		Fecha de nacimiento: # de Seguro Social:	SS# Vrfd Y/N	EN CASA S/N
B			Adults Vrfd S/N	DESHABILITADO S/N
C				SNAP (Cupones para alimentos) S/N
D				VETERANO S/N
E				NCB/HI
F				
G				
H				
Algun miembro de su hogar tiene el siguiente seguro médico? Por favor coloque la "Ref:" junto a su nombre (arriba) detrás del tipo de seguro(s) que recibe (ejemplo: Persona A al lado Medicare, B MCNAID)		Códigos de idioma:		Códigos de Carreras:
<u>MEDICARE</u>		E: Inglés	F: Femenino	AA: Afroamericano
<u>MILITAR/VA</u>		S: Español	M: Masculino	AS: Asiático
<u>A TRAVÉS DEL EMPLEADOR</u>		R: Russo	FTM: Transgénero F a M	AI: Americano/Nativo de Alaska
<u>LO COMPRA USTED</u>		AR: Árabe	MTF: Transgénero M a F	NH/PI: Native de Hawaii/Islas del Pacífico
		AM: Lenguaje de señas americanas	O: Otros	WH: Blanco
		O: Otros	RF: No contesta	DK: No lo sé
Esta afiliado al OHP? Esta inscrito en la IHN? S o N (marque con un círculo)		Teléfono:	Encierre en un círculo: Celular Casa Mensaje	RF: No contesta
Household Comments:				
Dirección física:		Código postal:		
Número y Calle:		Estado:		
Ciudad:		Condado:		
Dirección postal (si es diferente de la dirección física):		Código postal:		
Número y Calle:		PO Box:		
Ciudad:		Código postal:		
Tipo de vivienda (Marque con un círculo):		Situación de residencia (marque con un círculo todo lo que aplique):		
CASA		PREFABRICADA/MOVIL	PROPIA ALQUILER	ELÉCTRICO GAS NATURAL PELLET MADERA
MULTIUNIDADES (DÚPLEX/TRÍPLEX)		UNIDADES MÚLTIPLES (4+)	ALQUILER (Calefacción incluida en el alquiler)	
TRAILER DE VIAJE		OTROS:	SOLAR ACEITE SM TANQUE PROPANO	PROPANO ENTREGADO
TIPO DE VIVIENDA		OTROS (enumere):		
TRAILER DE VIVIENDA		Tipo de energía primaria:		

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

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

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

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

## **PARTÍCIPES 1: AVISO AL SOLICITANTE. DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA Y RECLAMACIÓN 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 mencione toda la información requerida.

Entienda que las posibilidades son infinitas y que el desarrollo de su diseño depende de su creatividad y de su capacidad de innovación.

Entiendo que la solicitud de mi hogar y los materiales de información o documentacionales formarán parte de la solicitud de mi hogar ("Solicitud").

Entiendo que las determinaciones sobre la eligibilidad de la ayuda son realizadas por el Departamento estatal de vivienda y servicios comunitarios de Oregon (DHS) junto con las agencias subordinadas ("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 a divulgar mi solicitud y la información continua sobre los beneficios del programa LIHEAP/OEAP en poder de OHCS (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 desnuésc 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 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 miscelánea 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 Subcesionarios en el uso (según lo autorice la OHCS a su entera discreción) de la Información de mi Cuenta divulgada.

**PART 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:	
Data Entry:	Date:	Approved: _____	
		Denied: _____	
LP	LP A/C	OEA	Other:



**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 & \$ \_\_\_\_\_      4. Otro \$ \_\_\_\_\_  
 Limpieza      (Explique) \_\_\_\_\_

Deducciones totales (Sume las líneas 1 a 4)

(Las pérdidas de años anteriores no son deducibles)

\$ (\_\_\_\_\_)

**INGRESOS NETOS (Rreste 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

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)

- HUD/Sección 8/vivienda de bajos ingresos.       Ingresos de otro miembro del hogar.  
 Ahorros.       No paga renta ni hipoteca.  
 Atrasado, sin pagar, en riesgo de desalojo.       Trabajo a cambio.  
 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