

**SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE ENERGÍA**

**CORREO POSTAL MWVCAA: ENERGY**

Horas de oficina Lunes a Viernes 8am-5pm Ph:503-588-9016

**2475 CENTER ST NE  
SALEM, OR 97301**

Esta SOLICITUD es válida para el programa anual 2023, de Octubre 1 a Septiembre 30, mientras los fondos esten disponibles

Para solicitar asistencia de energía complete ambos lados y el titular de la factura debe firmar la pagina 2 de esta solicitud. Someta su solicitud y la información requerida por **CORREO POSTAL: MWVCAA - Energy Services, 2475 Center St NE, Salem OR 97301**, o **ENTREGAR PERSONALMENTE EN LA OFICINA DE ENERGÍA: 1850 45th Ave NE Suite 101, Salem OR 97305**. Solo se aceptaran solicitudes completas. Todas las solicitudes se procesaran en el orden recibido

**ENLISTE TODAS LAS PERSONAS VIVIENDO EN SU HOGAR- (SI HAY MAS DE 7 PERSONAS USE OTRA PAGINA SEPARADA)**

NOMBRE LEGAL (como esta escrito en ID/número de seguro social)	Fecha de nacimiento	NUMERO DE SEGURO SOCIAL VALIDO	Genero	Grupo Etnico	Raza	Educación: grado completado	Veterano	Discapacitado	Confinado en casa	Estampillas	Asseguraza de trabajo	OHP	Medicare	TANF	WIC
CIRCULO UNO: CLASE DE HOGAR: CASA, APARTAMENTO, CASA MANUFACTURADA, OTRO _____									Renta - Propietario - Subsidio con renta		CANTIDAD MENSUAL DE LA RENTA o HIPOTECA \$ _____				

NÚMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ # de MENSAJE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_

CORREO POSTAL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**INGRESOS**

**ENLISTE TODOS LOS INGRESOS DE EL MES COMPLETO ANTERIOR A LA FECHA QUE ENTREGA SU SOLICITUD.**

Recibe manutención de menores? **SI/NO** Cantidad mensual recibida: \$ \_\_\_\_\_

Recibe beneficios de desempleo? **SI/NO** Cantidad recibida por semana: \$ \_\_\_\_\_ PIN#: \_\_\_\_\_

FUENTE DE INGRESO	TIPO(TRABAJO ETC...)	INGRESO BRUTO	QUIEN RECIBIO ESTE INGRESO?

**La siguiente información debe ser entregada junto con esta solicitud de 2 paginas:**

**Verificación del número de seguro social válido de todos los miembros del hogar (altamente recomendable y mandatorio para algunos programas). Identificación para todos los miembros mayores de 18 años.**

**\*Facturas recientes de calefacción, electricidad, agua y drenaje de su domicilio actual, incluyendo el número de cuenta, el titular de la factura debe ser parte del hogar. \*Comprobantes de todos los ingresos recibidos por todos los miembros del hogar en los ultimos dos (2) meses; ver los siguientes ejemplos de ingresos.**

Ejemplos de ingreso incluye pero no es limitado a: **TRABAJO**; todos los comprobantes de pago recibidos (fecha de pago). **DESEMPLEO**; Reporte, número de identificación personal (PIN #) **SEGURO SOCIAL/SSI**; carta de beneficios actual de todos los beneficiarios incluyendo menores.

**BENEFICIOS DE RETIRO/VETERANOS/PENSIONES:** comprobante de ingreso bruto recibido. **MANUTENCION DE MENORES;** repote de caso impreso o comprobante de la cantidad recibida. **TANF;** comprobantes de beneficios. **CERO INGRESO;** adultos de 18 años o mas sin ingreso todo o parte del mes anterior necesita completar la forma **declaración de cero ingresos;** Parte 1- INICIALES para indicar que el ingreso nombrado no fue recibido.

Parte 2- describa como pago por sus necesidades basicas. Parte 3- firma y fecha

**EN LOS ÚLTIMOS 90 DIAS, SUCEDIO ALGUNA CRISIS O FUE AFECTADO POR COVID?. (perdió el trabajo, le redujeron horas, salud, accidente. ETC...) Explique:**

Su elegibilidad esta basada en el número de personas viviendo en el hogar y el ingreso bruto (maximo 60% del ingreso medio estatal, ocasionalmente hay fondos que utilizan una guia de ingreso mas alto)

**PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PODRIA COMUNICARSE CON USTED PARA VERIFICAR SU INFORMACIÓN**

NOMBRE DE LA COMPAÑIA (Electricidad, Gas, agua, etc.)	NÚMERO DE LA CUENTA	NOMBRE EN LA FACTURA (debe vivir en el hogar y firmar autorización)

**PARTE 1: AVISO AL SOLICITANTE, DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE, RENUNCIA Y EXENCIÓN**

Vigente a partir del 10/01/2022

- Yo, el solicitante, comprendo que los programas gubernamentales de asistencia de energía y climatización son voluntarios y mi solicitud está sujeta a un proceso de revisión para determinar la elegibilidad de mi hogar.
  - Comprendo que para que se considere la solicitud de mi hogar, debo presentar una solicitud completa que proporcione toda la información requerida.
  - Comprendo que es posible que se me solicite que proporcione información o documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Comprendo que la solicitud de mi hogar y la información adicional o los materiales de documentación pasarán a formar parte de la solicitud de mi hogar ("Solicitud").
- Comprendo que las determinaciones sobre la elegibilidad para recibir asistencia son tomadas por el Departamento de Servicios Comunitarios y de Vivienda de Oregon (Oregon Housing and Community Services, OHCS) del estado junto con las agencias subcesionarias contratadas ("Subcesionarias").
- En caso de que se rechace la Solicitud de mi hogar, es posible que tenga derecho a una revisión de mi Solicitud en virtud de las Reglas Administrativas de Oregon aplicables.
- Tras la inscripción exitosa en los programas LIHEAP/OEAP, autorizo además a OHCS y al estado de Oregon, incluidos los subcontratistas designados, y las Subcesionarias de OHCS a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso en poder de OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) al Proveedor de servicios de energía (según se define a continuación) con el fin de administrar, monitorear, 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 con los requisitos del programa de asistencia de energía y climatización del gobierno para los hogares elegibles.
- 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 subcesionarias y/o contratistas.
  - Acepto que soy responsable de devolver los fondos no elegibles o los fondos utilizados indebidamente.
- Autorizo y eximo de responsabilidad a OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso hasta un (1) año del programa después de mi participación en los programas LIHEAP/OEAP.

**PARTE 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, 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 Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregon (OEAP).
- Comprendo 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:  
DIVULGACIONES Y APROBACIONES REQUERIDAS DEL SOLICITANTE.

X  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR DE LA CUENTA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PERSONAL DE SERVICIOS DE ENERGIA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERAN PROCESADAS, SE LE NOTIFICARA POR TELEFONO, CORREO ELECTRONICO O CORREO POSTAL, DE LA INFORMACIÓN QUE FALTA Y DEBERA ENVIAR UNA NUEVA SOLICITUD.**

**SOLICITUDES SOLO SERAN ACEPTADAS Y PROCESADAS MIENTRAS LOS FONDOS ESTEN DISPONIBLES .**

**SOLICITUDES POR CORREO DEBEN SER ENVIADAS A 2475 CENTER ST NE SALEM OR 97301**