



# PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS DE RHODE ISLAND 2024-2025

**Número de Solicitud/Cliente:**

(A ser llenado por la Agencia de Acción Comunitaria)

*Instrucciones: Por favor revise y complete las primeras dos páginas de esta solicitud.*

Nombre del solicitante		Teléfono	
Dirección		Teléfono celular	
Ciudad Estado Código Postal			
Correo electrónico		Número de miembros del hogar	

Idioma principal del solicitante		¿Necesita ayuda para traducir esta aplicación?	Sí	No
----------------------------------	--	--	----	----

			Consulte los códigos al final de la página 3										
Enumere a todos los miembros del hogar (use una hoja adicional si hay más de 7 miembros del hogar).			Tipo(s) de ingresos	Género	Origen étnico	Raza	Relación con el solicitante	Estado civil	Deshabilitado - Sí o No	Veterano - Sí o No	SNAP - Sí o No	Educación	Médico
Nombre	DOB	SSN											

**Tipo de vivienda (marque uno):**

Unfamiliar – Propia	Unifamiliar – Alquiler	Dúplex – Propio	Dúplex – Alquiler	Condominio – Propio	Condominio - Alquiler
Multifamiliar (2-4) – Propio	Multifamiliar (2-4) – Alquiler	Multifamiliar (5+) – Propio	Multifamiliar (5+) – Alquiler	Casa Móvil - Propia	Casa móvil - Alquiler

¿Vive en la Sección 8 o en una vivienda subsidiada?	Sí	No	¿Cuál es su alquiler mensual o costo mensual de vivienda?	
---	----	----	---	--

¿La calefacción está incluida en la tarifa de alquiler/condominio?	Sí	No	¿Su casa ha sido climatizada?	Sí	No
¿Comparte un sistema de calefacción con otra unidad de alquiler o residencia?	Sí	No	¿Está interesado en que su hogar esté climatizado?	Sí	No

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Número de solicitud: \_\_\_\_\_

**Tipo de calefacción (círculo uno)**

1. Aceite	2. Gas	3. Propano
4. Eléctrico	5. Carbón	6. Madera
7. Queroseno	8. Calor en el alquiler	9. Pellets

**Información del propietario (complete si corresponde)**

Nombre del propietario	
Dirección del propietario	

Compañía de calefacción		Compañía Eléctrica	
Compañía de calefacción		Compañía Eléctrica	
Cuenta #		Cuenta #	
Nombre en la factura		Nombre en la factura	
Tipo de combustible			

¿Cómo te enteraste de LIHEAP? \_\_\_\_\_

**ACUERDO Y FIRMA**

Doy fe de que la información contenida en este formulario es verdadera y precisa. Toda la información de esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para recibir beneficios bajo el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Climatización (WAP) de Rhode Island. La recopilación de su número de Seguro Social no está prohibida por la ley federal y se requiere como estipulación para recibir beneficios. Al proporcionar la información de la solicitud, usted autoriza al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island y a sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados con las bases de datos o registros federales, estatales, del condado, de proveedores de energía, de empleadores y propietarios. También autorizo a mi proveedor de energía/compañía de servicios públicos a divulgar datos relacionados con la energía relacionados con mi hogar al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island o sus agentes autorizados. Además, afirmo que soy la única persona en el hogar que solicita la asistencia de LIHEAP este año del programa, y que no he solicitado previamente LIHEAP en este lugar ni en ninguna otra agencia autorizada por LIHEAP. Autorizo al Departamento de Servicios Humanos del Estado de Rhode Island a considerar y verificar que los subcontratistas compartan esta información con fines de presentación de informes, con el fin de administrar de manera efectiva y eficiente los programas de Servicios Humanos. Sé que si cualquier información que proporcione en esta solicitud sea falsa o engañosa, será la base para la inelegibilidad y será investigada y procesada como fraude.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no recibe una decisión sobre su solicitud después de 60 días a partir de la fecha en que se recibió la solicitud, tiene derecho a una audiencia justa y puede presentar una apelación. Sin embargo, tenga en cuenta que cualquier información faltante o incompleta en este formulario o en la documentación posterior puede retrasar el proceso de solicitud.

**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR LA AGENCIA**

**Atestación de admisión:** Doy fe de que he seguido las políticas según lo dispuesto en el Manual de Administración y Procedimientos de LIHEAP de Rhode Island en tramitar esta solicitud para los beneficios de LIHEAP, y que, a mi leal saber y entender, la información de este formulario es completa y precisa. Este solicitante solicitó  En persona  A través de Prox  Corred

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Códigos: Utiliza las letras y números como códigos de respuesta en la pagina 1.**

<b>Tipo de ingreso:</b>	Salario bruto = W	Trabajo por cuenta propia =S	Seguro Social = SS	Desempleo = U	Compensación de Trabajadores = C			
Beneficios para Veteranos = V	Pensión = P	Dividendo/Interés=D	Ingresos por alquiler =R	Pensión alimenticia = A	Manutención de los hijos =CI			
RI Obras = RIW	Carta de apoyo = H	TDI = TD	SSI =SSI	Otro = O				
<b>Raza: Negro /Afroamericano = 01</b>	Blanco=02	Asiático=03	Hispano/Latino=04	Hawaiano/isleño del Pacífico = 05				
Indio Americano/Nativo de Alaska=06	Sin Respuesta=07		Otros=08	Dos o más carreras=09				
<b>Origen étnico:</b>	Hispano/Latino/Español=01		No Hispano/Latino/Español=02		Desconocido/No reportado=03			
<b>Relación:</b>	Solicitante=A	Cónyuge=S	Niño = C	Niño de acogida = FC	Madre=M	Padre = F	Padre del niño = D	Hermana = G
Hermano=B	Abuelo=E	Tía=Yo	Tío = U	Primo = L	Sobrino=N	Sobrino=R	No relacionado=Z	Otro=O
<b>Género:</b>	Mujer = F	Hombre = M	Otro/No revelado=O	Desconocido=U				
<b>Médico:</b>	Medicare=01	Medicaid = 02	Privado=03	Ninguno=04	Cuidado del rito = 05	Otra incógnita=06		
<b>Educación:</b>	0-8º grado = A	9-12º No graduado = B	Graduado de HS/GED=C	12+ algunos post-secundarios=D	Graduado universitario de 4 años = E	No Response=U		