



PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ENERGÉTICA DOMÉSTICA DE BAIXA RENDA DE RHODE ISLAND 2024-2025

Número da Aplicação/Cliente:

(A preencher pela Agência de Acção Comunitária)

Instruções: Por favor, reveja e complete as duas primeiras páginas desta aplicação.

Nome do candidato		Telefone	
Endereço		Telemóvel	
Cidade Estado Zip			
Email		Número de membros do agregado familiar	

Língua principal do candidato		Precisa de ajuda para traduzir esta aplicação?	Sim	Não
-------------------------------	--	------------------------------------------------	-----	-----

			Ver Códigos na parte inferior da página 3										
Listar todos os membros do agregado familiar (utilizar uma folha adicional se tiver mais de 7 membros do agregado familiar membros)			Tipo(s) de Rendimento(s)	Género	Etnicidade	Raça	Relação com o requerente	Estado civil	Desativado - Sim ou Não	Veterano - Sim ou Não	SNAP - Sim ou Não	Formação	Médico
Designação	Data de Nascimento	SSN											

Tipo de alojamento (círculo um):

Unifamiliar – Própria	Unifamiliar – Arrendamento	Duplex – Próprio	Duplex – Arrendamento	Condomínio – Próprio	Condomínio - Arrendamento
Multi-Família (2-4) – Próprio	Multi-Family (2-4) – Arrendamento	Multi-Família (5+) – Próprio	Multi-Family (5+) – Arrendamento	Mobile Home - Próprio	Casa Móvel - Arrendamento

Vive na Secção 8 ou em habitação subsidiada?	Sim	Não	Qual é a sua renda mensal ou custo mensal de habitação?	
----------------------------------------------	-----	-----	---------------------------------------------------------	--

O calor está incluído na taxa de aluguel/condomínio?	Sim	Não	A sua casa foi climatizada?	Sim	Não
Partilha um sistema de aquecimento com outra unidade de aluguer ou residência?	Sim	Não	Está interessado em ter a sua casa climatizada?	Sim	Não

Nome do candidato: _____ Número do pedido: _____

Tipo de Aquecimento (Circle One)

1. Óleo	2. Gás	3. Propano
4. Elétrico	5. Carvão	6. Madeira
7. Querosene	8. Calor em Aluguel	9. Pellets

Informação do senhorio (preencher, se aplicável)

Nome do senhorio	
Endereço do senhorio	
Telefone do	

Empresa de Aquecimento		Companhia Elétrica	
Empresa de Aquecimento		Companhia Elétrica	
Conta #		Conta #	
Nome na fatura		Nome na fatura	
Tipo de combustível			

Como teve conhecimento do LIHEAP: _____

ACORDO & ASSINATURA

Atesto que as informações contidas neste formulário são verdadeiras e precisas. Todas as informações sobre esta candidatura são necessárias para determinar a elegibilidade para benefícios ao abrigo do Programa de Assistência Energética Doméstica de Baixa Renda de Rhode Island (LIHEAP) e do Programa de Assistência à Meteorização (WAP). A recolha do seu número de Segurança Social não é proibida por lei federal e é obrigatória como estipulação para receber benefícios. Ao fornecer informações sobre o aplicativo, você está autorizando o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island e seus agentes autorizados a verificar os dados fornecidos em bancos de dados ou registros federais, estaduais, distritais, provedores de energia, empregadores e proprietários. Também autorizo o meu fornecedor de energia/empresa de serviços públicos a divulgar dados relacionados com energia relativos ao meu agregado familiar ao Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island ou aos seus agentes autorizados. Afirmando ainda que sou a única pessoa do agregado familiar que se candidata ao auxílio LIHEAP este ano do programa, e que não me candidatei anteriormente ao LIHEAP neste local ou em quaisquer outras agências autorizadas pelo LIHEAP. Autorizo o Estado de Rhode Island, Departamento de Serviços Humanos a considerar e verificar subcontratados para compartilhar essas informações para fins de relatório, a fim de administrar de forma eficaz e eficiente os programas de Serviços Humanos. Sei que, se qualquer informação que forneço nesta candidatura for falsa ou enganosa, será a base para a inelegibilidade e será investigada e processada como fraude.

Assinatura: _____ Data: _____

Se não receber uma decisão sobre o seu pedido no prazo de 60 dias a contar da data de receção do pedido, tem direito a um processo equitativo e pode interpor recurso. No entanto, tenha em atenção que qualquer informação em falta ou incompleta neste formulário ou na documentação subsequente pode atrasar o processo de candidatura.

ESTA SECÇÃO DEVE SER PREENCHIDA APENAS PELA AGÊNCIA

Atestado de Admissão: Atesto que segui as políticas conforme mandatado no Rhode Island LIHEAP Administration & Procedures Manual in processamento deste pedido para benefícios LIHEAP, e que, tanto quanto sei, as informações contidas neste formulário são completas e precisas.

Este requerente
candidatou-se

Presencial Através de Prox Correi
nte

Assinatura: _____ Data: _____

Códigos: Use letras e números como códigos de resposta na página 1.

Tipo de Rendimento:	Salários Brutos =W	Trabalho por conta própria =S	SeguroSocial = SS	Desemprego = U	Trabalhadores Comp = C			
Benefícios dos Veteranos = V	Pensão = P	Dividendos/Juros=D	Renda de aluguel =R	Pensão alimentícia = A	Pensão alimentícia =IC			
RI Works=RIW	Carta de Apoio = H	TDI = TD	SSI = SSI	Outros = O				
Raça: Negro /Afro-Americano = 01	Branco=02	Asiático=03	Hispano/Latino=04	Havaiano/Ilhas do Pacífico = 05				
Índio americano/nativo do Alasca=06	Sem resposta=07		Outros=08	Duas ou mais raças=09				
Etnia:	Hispano/Latino/Espanhol=01		Não hispânico/latino/espanhol=02		Desconhecido/Não notificado=03			
Relacionamento:	Requerente=A	Cônjuge=S	Criança=C	Criança Adotiva = FC	Mãe=M	Pai=F	Pai da criança = D	Irmã=G
Irmão=B	Avós=E	Tia = I	Tio=U	Primo=L	Sobrinha=N	Sobrinho=R	Não relacionado=Z	Outro=O
Gênero:	Feminino=F	Masculino=M	Outro/Não divulgado=O	Desconhecido=U				
Médico:	Medicare=01	Medicaid = 02	Privado=03	Nenhum=04	Rito de Cuidados = 05	Outros desconhecidos=06		
Formação:	0-8ª Série=A	9-12º Não-Graduado=B	HS Grad/GED=C	12+ algum pós-secundário=D	4 Ano College Grad=E	Sem Response=U		