

Herramienta de recertificación simplificada del Programa de Asistencia para la Energía (EAP)

Nombre del solicitante: _____

Los grupos familiares con ingresos fijos pueden recertificarse para el Programa de Asistencia para la Energía (Energy Assistance Program, EAP) con documentación limitada en los dos años después de su última solicitud completa. Todos los solicitantes deben volver a presentar todos los documentos cada tercer año. Si puede responder de manera afirmativa a **las tres declaraciones siguientes** puede calificar a la recertificación simplificada. **Tendrá que rellenar y enviar un formulario de solicitud.**

- **Presenté una solicitud del EAP aprobada con todos los documentos requeridos durante el año del programa 2021 (octubre de 2020 a septiembre de 2021) o el año del programa 2022 (octubre de 2021 a septiembre de 2022).**

☐ Sí ☐ No Año del programa: ☐ 2021 ☐ 2022

Número de solicitud, si está disponible: _____

- **Los integrantes de mi grupo familiar son los mismos que la última vez que envié la solicitud del EAP aprobada. Nadie ha entrado ni salido de mi grupo familiar.**

☐ Sí ☐ No

- **Todos los ingresos del grupo familiar son ingresos fijos. Ningún adulto del grupo familiar trabaja o declara ingresos nulos, ni tiene otra fuente de ingresos que no sea la Seguridad Social, los beneficios para veteranos, la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) o la pensión de jubilación/anualidad. Los montos de los ingresos no han variado, salvo los ajustes por el costo de vida.**

☐ Sí ☐ No

Si respondió **sí** a **las tres preguntas** anteriores y cree que puede optar a una recertificación simplificada, envíe lo siguiente a su proveedor local de servicios:

- **Este formulario, completo y firmado**
- **Un formulario de solicitud del EAP para el año del programa (Program Year, PY) 2023, completo y firmado**
- **Sus facturas actuales de servicios públicos o de combustible a granel para calefacción.**

Por la presente certifico que la información facilitada es correcta y verdadera. Entiendo que se me puede pedir que verifique estas declaraciones y por la presente doy mi consentimiento a la agencia a la que solicito asistencia para que se ponga en contacto con las personas necesarias para verificar estas declaraciones. Entiendo que la falsificación de esta información puede resultar en la descalificación de mi grupo familiar para los beneficios del programa administrado por la Autoridad de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Indiana (Indiana Housing and Community Development Authority, IHCA) o requerir que mi grupo familiar reembolse a la agencia por cualquier beneficio pagado a nombre de este grupo familiar a causa de cualquier tergiversación u omisión.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Los beneficios del Programa de Asistencia para la Energía y para el Agua para Hogares de Bajos Ingresos se brindan sin distinción de raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, origen nacional, ascendencia o condición de veterano.