


Solicitud del Programa de Asistencia para la Energía y para el Agua de Indiana

Año del programa 2023

[Inserte aquí el logotipo de la agencia] 	Solo para uso de proveedores/agencias (For Provider/Agency Use Only)			
	Date Received:			
	Application number:			
	<input type="checkbox"/> Mail-in <input type="checkbox"/> Appointment <input type="checkbox"/> Outreach/Home Visit/Other			
	Household is disconnected or out of fuel: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
[Inserte aquí la información de contacto de la agencia]		Household has d/c notice or less than 25% fuel: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
DEBE INCLUIR: Nombre de la agencia, dirección postal, número de teléfono, URL.		Household heat source is inoperable: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
OPCIONAL PERO RECOMENDADO: Número de fax, dirección de correo electrónico				
¿Qué tipo de asistencia solicita? <input type="checkbox"/> Asistencia para los servicios públicos (electricidad y calefacción) <input type="checkbox"/> Asistencia para el agua <input type="checkbox"/> Ambas <input type="checkbox"/> Compruebe aquí si su servicio público de electricidad o calefacción está desconectado o tiene prevista la desconexión, o si le queda poco combustible a granel para calefacción o electricidad prepagada.				
Si le han desconectado el servicio o está previsto que se lo desconecten, o si le queda poco combustible a granel prepagado, póngase en contacto con el proveedor local de servicios indicado más arriba para solicitar una cita de crisis. Si necesita otras opciones de emergencia, llame al 2-1-1.				
Parte I: información de contacto				
Nombre del solicitante		Cuatro últimos dígitos del SSN		Condado
		XXXX-XX-		
Dirección física (incluido el número de apartamento/lote/remolque)		Ciudad	Estado	Código postal
			IN	
Si tiene un apartado de correos o una dirección postal alternativa, indíquela a continuación. En caso contrario, deje en blanco.				
Facilite al menos una forma de contacto. No aportar información de contacto exacta puede retrasar la tramitación de la solicitud.				
Número de teléfono	Operador de telefonía celular	Dirección de correo electrónico - marque la casilla para autorizarnos a enviarle correos electrónicos. <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Teléfono celular	<input type="checkbox"/> Consentimiento para recibir mensajes de texto			
Parte II: información sobre el hogar y los servicios públicos				
Tipo de vivienda (marque una opción)		Servicios públicos y pago		
<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar construida sobre el terreno <input type="checkbox"/> Vivienda múltiple (apartamento, condominio, dúplex, etc.) <input type="checkbox"/> Casa móvil <input type="checkbox"/> Otra: _____		Proveedor de electricidad: _____ <input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler Proveedor de calefacción: _____ <input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler Proveedor de agua: _____ <input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler Proveedor del servicio de alcantarillado: _____ <input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler		
Propiedad de la vivienda (marque una opción)				
<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> En alquiler <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Fuente de calefacción principal (marque una opción)		Combustible principal de calefacción (marque una opción)	¿Tienes instalada una fuente de calefacción secundaria?	
<input type="checkbox"/> Calefacción/bomba para calefacción <input type="checkbox"/> Unidad de zócalo/pared <input type="checkbox"/> Estufa de leña <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Combustóleo <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____	
¿Funciona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
El programa de Climatización ofrece medidas de conservación de energía para reducir los gastos de servicios públicos de los habitantes de Indiana de bajos ingresos en todo el estado. ¿Estaría su grupo familiar interesado en que le remitieran al Programa de Climatización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Parte III: ingresos y beneficios				
Indique todos los tipos de ingresos recibidos por cualquier miembro del hogar en los últimos tres meses. Marque todas las opciones que correspondan.				
<input type="checkbox"/> Empleo/salarios <input type="checkbox"/> Jubilación de la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Discapacidad de la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso <input type="checkbox"/> Trabajo autónomo <input type="checkbox"/> Pensión/jubilación <input type="checkbox"/> Discapacidad de Asistencia al Veterano (Veterans Assistance, VA) <input type="checkbox"/> Pensión de VA <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> Manutención/apoyo al cónyuge <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> Trabajos <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Indique todas las fuentes de asistencia recibidas por cualquier miembro del grupo familiar. Marque todas las opciones que correspondan.				
<input type="checkbox"/> Cupones de Elección de Vivienda (Sección 8) <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Viviendas de Apoyo de Asuntos para Veteranos (Veterans Affairs Supportive Housing, VASH) <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) <input type="checkbox"/> Cupón para pago de guardería <input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición <input type="checkbox"/> Subvención de la Ley de Asistencia Médica de Bajo Costo <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Crédito Fiscal por Ingresos del Trabajo (Earned Income Tax Credit, EITC)				
¿Algún integrante del grupo familiar ha pagado pensión alimenticia en los últimos tres meses?		¿Hay algún integrante del grupo familiar con edades entre los 14 y los 24 años que no trabaje ni estudie?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (presente justificantes de pago)		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (indique): _____		

Rellene y firme la página 2 - La solicitud no es válida sin la firma y la fecha.
 Utilice solo tinta azul o negra y asegúrese de rellenar completamente todos los campos.

Parte IV: integrantes del grupo familiar y datos demográficos

Indique **todas** las personas que residen en este hogar y que no figuran ya en el formulario de solicitud principal, **incluyéndose usted**.Marque aquí y adjunte una hoja adicional si hay más de cuatro personas en el grupo familiar: ☐

	Apellido y sufijo	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género	¿Discapacitado?	Raza	Etnia	Empleo	Educación	Seguro médico	Situación militar
							Utilice los códigos que figuran a continuación					
Solicitante					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

Códigos de raza: A: asiático/a; B: negro/a o afroamericano/a; I: indígena americano/a o nativo/a de Alaska; P: nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico; W: blanco/a; M: mestizo/a; O: otra	Códigos de etnia: H: origen hispano, latino o español N: origen no hispano, latino o español	Códigos de empleo: FT: empleado/a a tiempo completo; PT: empleado/a a tiempo parcial; R: jubilado/a; US: desempleado/a por seis meses o menos; UL: desempleado/a más de seis meses; NL: sin empleo; M: trabajador(a) agrícola migrante de temporada
--	---	---

Códigos de educación: A: kinder a 8.º grado; B: 9.º a 12.º grado, no graduado; C: graduado de la escuela secundaria/diploma de equivalencia; D: algunos estudios postsecundarios; E: título universitario de 2 o 4 años; F: Otro tipo de título postsecundario	Códigos del seguro médico: A: Medicaid; B: Medicare; C: programa estatal de seguro médico infantil; D: programa estatal de seguro médico para adultos; E: seguro médico militar; F: compra directa; G: basado en el empleo; N: ninguno	Códigos militares: A: militar activo V: veterano/a N: sin afiliación
--	---	---

¿Algún integrante del grupo familiar está afiliado a esta agencia como empleado, miembro del personal, miembro del consejo de administración o subcontratista, o es pariente de alguno de estos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (índique): _____	Tipo de grupo familiar (marque una opción) <input type="checkbox"/> Persona soltera <input type="checkbox"/> Grupo familiar con dos padres <input type="checkbox"/> Grupo familiar multigeneracional (tres o más generaciones)	<input type="checkbox"/> Dos adultos, sin niños <input type="checkbox"/> Adultos no emparentados con niños	<input type="checkbox"/> Un padre, mujer <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Un padre, hombre
--	--	---	--	---

Parte V: certificación

Descargo de responsabilidad: certifico bajo pena de perjurio y fraude que la información facilitada en esta solicitud 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. Soy habitante de Indiana y solicitante del/de los Programa(s) de Asistencia para la Energía, para el Agua o para la Climatización. Reconozco que cualquier servicio o material suministrado a mi grupo familiar será un regalo sin contraprestación o pago de mi parte. Autorizo al estado de Indiana y a la agencia a la que solicito asistencia a obtener información de mi proveedor de energía, incluso sobre mi consumo de energía y mi historial de pagos. Entiendo que el estado de Indiana puede utilizar la información suministrada en este formulario con fines de investigación, evaluación y análisis. También entiendo que el estado de Indiana puede utilizar la información suministrada en este formulario para ver si califico para cualquier otro programa de asistencia. Por la presente, eximo al estado de Indiana, al proveedor local de servicios o a cualquier otra entidad de cualquier responsabilidad derivada de la realización de estas actividades. No he recibido ninguna garantía expresa o implícita en relación con la recepción de estos servicios. También reconozco que si tergiverso o no revelo cualquier información requerida en esta solicitud, puedo perder la elegibilidad para recibir Asistencia para la Energía, para el Agua o para la Climatización y se me puede requerir que devuelva cualquier asistencia o beneficios que haya recibido a causa de dicha tergiversación u omisión.

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

Firma de la persona que rellena este formulario (obligatoria)	Fecha (obligatoria)