


Solicitud del Programa de Asistencia para la Energía de Indiana - letra grande

Año del programa 2024

[Inserte aquí el logotipo de la agencia]	[Nombre de la agencia] [Dirección postal] [Ciudad, estado, código postal] [Número de teléfono] [URL] [Dirección de correo electrónico] [OPCIONAL: número de fax]	Solo para uso de proveedores/agencias			
		Fecha de recepción:			
		Número de solicitud:			
		Por correo postal	Cita	Divulgación/visita a domicilio/otra	
		El grupo familiar está desconectado o sin combustible:		Sí	No
 <small>Indiana Housing & Community Development Authority</small>		El grupo familiar tiene aviso de desconexión o menos del 25 % de combustible:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		La fuente de calor del grupo familiar no funciona:		Sí	No
<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.					
<p>Si le han desconectado el servicio o está previsto que se lo desconecten, o si le queda poco combustible o no tiene combustible a granel prepago, 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.</p>					
Parte I: información de contacto					
Nombre del solicitante			Cuatro últimos dígitos del SSN		Condado
			XXX-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 a continuación. No aportar información de contacto exacta puede retrasar la tramitación de la solicitud.					
Número de teléfono	<input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Teléfono celular	Operador de telefonía celular <input type="checkbox"/> Consentimiento para recibir mensajes de texto	Dirección de correo electrónico - <input type="checkbox"/> marque la casilla para autorizarnos a enviarle correos electrónicos.		

Rellene y firme la todas las páginas - 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. Si no completa la solicitud en su totalidad, se puede retrasar el trámite.

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"/> Apartamento/condominio/dúplex/etc. <input type="checkbox"/> Casa móvil <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler Proveedor de electricidad: _____
Propiedad de la vivienda (marque una opción)	
<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler Proveedor de calefacción: _____
Fuente de calefacción principal (marque una opción)	
<input type="checkbox"/> Horno/bomba de calor <input type="checkbox"/> Unidad de zócalo/pared <input type="checkbox"/> Estufa de leña <input type="checkbox"/> Otra: _____ ¿Funciona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Combustible principal de calefacción (marque una opción)	¿Tiene instalada una fuente de calefacción secundaria en su hogar?
<input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Combustóleo <input type="checkbox"/> Madera/pellets <input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____

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 lo remitieran al programa**

Parte III: ingresos y beneficios

Indique **todos** los tipos de ingresos recibidos por cualquier integrante del grupo familiar en los últimos tres meses. **Marque todas las opciones que correspondan.**

<input type="checkbox"/> Salario del trabajo	<input type="checkbox"/> Jubilación del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Discapacidad del Seguro Social	<input type="checkbox"/> SSI
<input type="checkbox"/> Trabajo autónomo	<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación	<input type="checkbox"/> Discapacidad de VA	<input type="checkbox"/> Pensión de VA
<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral	<input type="checkbox"/> Discapacidad privada	
<input type="checkbox"/> Manutención/apoyo al cónyuge	<input type="checkbox"/> Trabajos esporádicos/ingresos irregulares	<input type="checkbox"/> Sin ingresos	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

Indique **todas** las fuentes de asistencia recibidas por cualquier integrante 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"/> VASH
<input type="checkbox"/> SNAP (cupones para alimentos)		<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> Crédito fiscal por ingresos del trabajo (EITC)	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Subvención de la Ley de Asistencia Médica de Bajo Costo	
<input type="checkbox"/> Cupón para pago de guardería			
<input type="checkbox"/> Otras: _____	<input type="checkbox"/> Ninguna		

¿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): _____

Parte IV: integrantes del grupo familiar y datos demográficos

Indique **todas** las personas que residen en el hogar, **usted incluido**.

Marque aquí y adjunte una hoja adicional si hay más de cinco personas en el grupo familiar: ☐ Más de cinco personas en el grupo familiar

Solicitante	Apellido y sufijo	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género	¿Discapacitado?	Raza	Etnia	Empleo	Educación	Seguro médico	Situación militar
1					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
2					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
3					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
4					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
5					<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; B: negro o afroamericano; I: indígena americano o nativo de Alaska; P: nativo de Hawái u otras islas del Pacífico; W: blanco; M: multirracial; O: otra	Códigos de etnia: H: origen hispano, latino o español N: origen no hispano, latino o español	Códigos de empleo: FT: empleado a tiempo completo; PT: empleado a tiempo parcial; R: jubilado; US: desempleado durante seis meses o menos; UL: desempleado durante más de seis meses; NL: sin empleo; M: trabajador agrícola migrante de temporada
--	---	--

Códigos de educación: A: grados 0-8; B: grados 9-12, no graduado; C: título de graduado en educación secundaria/equivalente; D: algunos estudios posteriores a la secundaria; E: título universitario de 2 o 4 años; F: otros titulados de enseñanza posterior a la secundaria	Códigos del seguro médico: A: Medicaid; B: Medicare; C: Programa estatal de seguro médico infantil; D: seguro médico estatal para adultos; E: asistencia médica militar; F: compra directa; G: basado en el empleo; N: ninguno	Códigos militares: A: militar activo V: veterano 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 (indique): _____	Tipo de grupo familiar (marque una opción)		
	<input type="checkbox"/> Persona soltera <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Adultos no emparentados con niños <input type="checkbox"/> Grupo familiar multigeneracional (tres o más generaciones) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Dos adultos, sin niños <input type="checkbox"/> Padre soltero	<input type="checkbox"/> Grupo familiar con dos padres

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. Certifico que soy un adulto que reside en este grupo familiar y figura en esta solicitud, o que tengo un poder legal para un adulto que reside en este hogar y figura en esta solicitud. Soy habitante de Indiana y solicitante del/de los Programa(s) de Asistencia para la Energía 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, o si firmo o presento esta solicitud o cualquier documentación justificativa sin la autoridad legal para hacerlo, puedo perder la elegibilidad para recibir Asistencia para la Energía o para la Climatización y se me puede requerir que devuelva cualquier asistencia o beneficios que haya recibido a causa de dicho incumplimiento, tergiversación u omisión.

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

Firma del solicitante (obligatoria)**Fecha (obligatoria)**