

SOLICITUD PARA PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA JULIO 2018 – MARZO 2019

Los programas de asistencia de energía de Ohio pueden ayudar a los residentes de Ohio elegibles según sus ingresos a administrar sus facturas de servicios públicos. El Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program, HEAP) y el Programa HEAP de emergencia aplican el beneficio directamente a la factura de servicios públicos de un cliente. El Plan de Pago de Porcentaje del Ingreso Plus (Percentage of Income Payment Plan Plus, PIPP) es un plan de pago prolongado donde los clientes destinan un porcentaje de sus ingresos para pagar su factura de servicios públicos cada mes. Si busca mejorar la eficiencia energética de su hogar, el Programa de Asistencia para Climatización del Hogar o el Programa de Asociación Eléctrica pueden ser de ayuda. Visite energy.development.ohio.gov para encontrar a su proveedor local.

Puede solicitar el ingreso a los Programas de asistencia de energía completando esta solicitud y enviándola por correo, programando una cita con su proveedor local de asistencia de energía o visitando energyhelp.ohio.gov y completando la solicitud en línea. Tenga en cuenta que, si envía su solicitud por correo, procesarla puede demorar de 12 a 16 semanas.

Si está solicitando el ingreso al Programa PIPP por primera vez, debe visitar a su proveedor local de asistencia de energía.

Para completar esta solicitud necesitará lo siguiente:

- Constancia de ciudadanía de cada miembro del hogar
- Copias de sus últimas facturas de servicios públicos
- Constancia de ingresos de cada miembro adulto del hogar de los 30 días o 12 meses anteriores
- Verificación de discapacidad (si corresponde)

Se define un hogar como cualquier persona que vive bajo un único techo, con la misma dirección y los mismos servicios públicos. Todas las personas que comparten una cocina y un baño común se consideran miembros del mismo hogar y deben presentar una sola solicitud. Si vive en una vivienda con subsidio federal y tiene una factura de servicios públicos a su nombre, puede ser que resulte elegible para recibir asistencia. Se requiere una copia de la factura de servicios públicos o documentación de responsabilidad (por ejemplo: una copia de su contrato de arrendamiento/alquiler o una carta firmada de su arrendador). Los residentes de centros médicos certificados (hospitales, centros de enfermería especializada o centros de cuidado intermedio) o residencias comunitarias de operación pública (por ejemplo: YMCA) no son elegibles. Las casas de hospedaje, los hogares para grupos o los refugios de emergencia no son elegibles para recibir asistencia con los pagos.

Si es elegible, el monto del beneficio del Programa HEAP dependerá de los niveles de financiamiento federal, de cuántas personas viven con usted, del ingreso total del hogar y del combustible principal que se utiliza. En la mayoría de los casos, la compañía de servicios públicos aplica los beneficios directamente a la factura de energía. Si está volviendo a verificar el monto de su PIPP, este se basará en el 10 % o el 6 % del ingreso total de su hogar en los últimos 30 días, dependiendo de su fuente de calefacción.

Con esta solicitud puede solicitar el ingreso a los siguientes programas:

- Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program, HEAP)
- Nueva verificación del Plan de Pago de Porcentaje del Ingreso Plus (Percentage of Income Payment Plan Plus, PIPP)

Pautas sobre el ingreso 2018-2019

Tamaño de la familia	Ingreso total anual bruto del hogar					
1	Hasta \$18,210	\$21,245	\$24,280			
2	Hasta \$24,690	\$28,805	\$32,920			
3	Hasta \$31,170	\$36,365	\$41,560			
4	Hasta \$37,650	\$43,925	\$50,200			
5	(150 %) (Para PIPP, EPP)	Hasta \$44,130	(175 %) (Para HEAP, WCP y SCP)	\$51,485	(200 %) (Para HWAP)	\$58,840
6	Hasta \$50,610	\$59,045	\$67,480			
7	Hasta \$57,090	\$66,605	\$76,120			
8	Hasta \$63,570	\$74,165	\$84,760			

Al determinar el 150 % de los lineamientos federales de pobreza, los hogares con más de ocho miembros deben agregar \$6,480 al ingreso anual o \$540 al ingreso de 30 días por cada miembro adicional. Al determinar el 175 % de los lineamientos federales de pobreza, los hogares con más de ocho miembros deben agregar \$7,560 al ingreso anual o \$630 al ingreso de 30 días por cada miembro adicional.

¿Cómo puedo revisar el estado de mi solicitud?

Para revisar el estado de su solicitud, visite energyhelp.ohio.gov y cree una cuenta.

Si tiene alguna consulta, comuníquese con su proveedor local de asistencia de energía o llame al 1-800-282-0880 o al 1-614-644-6600. TDD solo para personas con problemas de audición: 711 o envíenos un mensaje visitando energyhelp.ohio.gov y haciendo clic en "contact us" (contáctenos).

Documentación de ciudadanía aceptada

Comprobante de ciudadanía estadounidense	Comprobante de residente legal/extranjero calificado
<ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de nacimiento/Registros de nacimiento del hospital 2. Certificados de bautismo (solamente cuando muestren lugar y fecha de nacimiento) 3. Registro del censo indígena 4. Certificado del servicio militar 5. Pasaporte estadounidense 6. Ciudadanía verificada para el programa Ohio Works First (OWF) 7. Tarjetas de registro de votante 8. Tarjetas del seguro social (Las tarjetas del seguro social gestionadas por la Administración del Seguro Social que no incluyan notas relacionadas con el estado de autorización para trabajar serán aceptadas). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Papeles de naturalización/Certificaciones de ciudadanía 2. Tarjeta de identificación del INS 3. Tarjetas de registro de extranjero/Permisos de reingreso 4. Formularios I-151 o I-551 del INS (el formulario I-151 no será válido después del 1 de agosto de 1993) 5. Formulario I-94 del INS si presenta cualquiera de: a) Secciones 203(a)(7), 207, 208, 212(d)(5), 243(h) o 241(b)(3) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad; o b) Uno o una combinación de los siguientes términos: Refugiado, Prisionero en libertad condicional o Asilado 6. Visa permanente, Formulario G-641 del INS, "Application for verification of Information from INS Records" (Solicitud para verificación de la información de los registros del INS), cuando esté comentado al final por un representante del INS como admisión legal por motivos humanitarios 7. Documentación de que el extranjero está clasificado conforme a las Secciones: 101(a)(2), 203(a), 204(a)(1)(a), 207, 208, 212(d)(5), 241(b)(3), 243(h) o 244(a)(3), de la Ley de Inmigración y Nacionalidad 8. Orden judicial que declare que se ha suspendido la deportación conforme a la Sección 241(b)(3) o 243(h) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad 9. Formulario I-688 del INS

Comprobante de ingresos aceptado

Ingresos fijos	Ingresos ganados en su empleo	Ingresos complementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados
<input type="checkbox"/> Carta de beneficio/adjudicación <input type="checkbox"/> Impresión/Informe de pago de la agencia emisora <input type="checkbox"/> Copia del cheque o estado de cuenta bancario que muestre el depósito	<input type="checkbox"/> Todos los recibos de pago recibidos a los 30 días desde la fecha de la solicitud que incluyan los montos brutos y del año a la fecha recibidos <input type="checkbox"/> Formulario de verificación de empleo completado y firmado	<input type="checkbox"/> Copia de cheque/carta de monto adjudicado <input type="checkbox"/> Documentos de ODJFS/Carta de elegibilidad con montos y fechas <input type="checkbox"/> Formulario 1099-G del IRS (casilla 1) <input type="checkbox"/> Documentación de la Autoridad de vivienda <input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento/alquiler <input type="checkbox"/> Impresión/Informe de pago de la agencia emisora	<input type="checkbox"/> Informe de institución financiera <input type="checkbox"/> Copia del cheque o estado de cuenta bancario que muestre el depósito <input type="checkbox"/> Formulario 1040, 1099 o W-2 del IRS más reciente	<input type="checkbox"/> Recibos de pago que indiquen el monto recibido dentro de los 12 meses anteriores a partir de la fecha de la solicitud <input type="checkbox"/> Formulario de ingresos provenientes de empleo autónomo de los 12 meses anteriores <input type="checkbox"/> Expediente de salario e ingresos del IRS y registro del expediente de la cuenta <input type="checkbox"/> Formulario 1040 del IRS

Aviso de la Ley de privacidad

DIVULGACIÓN: La divulgación del Número del Seguro Social es obligatoria para recibir los beneficios del HEAP.

AUTORIDAD: Art. 45, 96.84 (c) del Código de Reglamentos Federales (CFR); Art. 42, 405(c)(2)(C)(i), del Código de Estados Unidos (U.S.C.)

USO: El estado utilizará los números de seguro social en la administración del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar con el fin de verificar la información presentada en la solicitud para prevenir, detectar y corregir fraude, malversación y abuso. La información también se utiliza para responder solicitudes de información de otras agencias que ofrecen programas financiados por subvenciones en bloque a los estados para la Asistencia temporal para familias necesitadas o agencias que solicitan información por temas de manutención de niños o para comprobar la paternidad. El solicitante puede estar sujeto a cargos civiles o penales bajo las leyes federales o estatales, si a sabiendas, presenta declaraciones falsas o fraudulentas.

Sección de información personal

Ingrese la información completa. **UTILICE TINTA AZUL OSCURO O TINTA NEGRA**
 Si no completa la solicitud en su totalidad, no brinda toda la documentación requerida
 y no firma la solicitud, se generarán demoras en el procesamiento de dicha solicitud

Número de cliente									

Nombre*	Inicial del 2.º nombre	Apellido*
---------	------------------------	-----------

Número de seguro social*	Ciudadano de EE. UU./Residente legal (extranjero calificado)*	Estado militar	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA*)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Sin servicio militar	

Discapacitado*	Sexo	Etnia
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español

Raza	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca	<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca
	<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca	<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial
		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana	

Beneficios no monetarios	<input type="checkbox"/> Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP)/Cupones de alimentos	<input type="checkbox"/> Cupón para cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente	Número de miembros en el hogar
	<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de cuidado de salud asequible (Affordable Care Act)	<input type="checkbox"/> Cupón para elección de vivienda	<input type="checkbox"/> Programa Mujeres, bebés y niños (WIC)	
		<input type="checkbox"/> HUD-VASH	<input type="checkbox"/> Otros	

Tipo de familia	<input type="checkbox"/> Padre soltero	<input type="checkbox"/> Adultos no relacionados con hijos	Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> Propia	Estructura de la residencia	<input type="checkbox"/> Casa rodante
	<input type="checkbox"/> Madre soltera	<input type="checkbox"/> Hogar multigeneracional		<input type="checkbox"/> Alquilada		<input type="checkbox"/> Unifamiliar
	<input type="checkbox"/> Hogar biparental	<input type="checkbox"/> Otros				<input type="checkbox"/> Multifamiliar de poca altura (3 pisos o menos)
	<input type="checkbox"/> Persona soltera					<input type="checkbox"/> Multifamiliar de gran altura (4 pisos o más)

Dirección de correo electrónico	Número de teléfono (incluyendo el código de área)
	()

Método de contacto preferido*	<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal
-------------------------------	--

Dirección postal (número y calle incluyendo ruta)*	Dpto./Lote/Unidad/Piso
--	------------------------

Ciudad*	Estado*	Código postal*	Condado*
---------	---------	----------------	----------

¿La dirección de los servicios públicos es la misma?*	<input type="checkbox"/> Igual que la anterior <input type="checkbox"/> Diferente (indicar a continuación)
---	--

Dirección del servicio actual (si es diferente a la indicada anteriormente; número y calle incluyendo ruta)	Dpto./Lote/Unidad/Piso
---	------------------------

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

¿Recibe asistencia para el alquiler?*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Organización del arrendador (si usted alquila)
---------------------------------------	---	--

Nombre del arrendador*	Apellido del arrendador*	Número de teléfono del arrendador (incluyendo el código de área)
		()

Dirección postal del arrendador (número y calle incluyendo ruta)*	Dpto./Lote/Unidad/Piso
---	------------------------

Ciudad*	Estado*	Código postal*	Condado*
---------	---------	----------------	----------

Si existen más miembros en el hogar (cualquier persona que vive bajo su techo en la misma dirección), complete la página 2 de la solicitud. Para miembros adicionales, imprima páginas adicionales.

*Indica la información requerida para procesar su solicitud. Si no completa la solicitud en su totalidad, no brinda la documentación requerida y no firma la solicitud se generarán demoras en el procesamiento de dicha solicitud.

Sección de miembros del hogar

Complete esta sección con la información de las personas que viven en su hogar.

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacitado* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Etnia <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Blanca			<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska			<input type="checkbox"/> Asiática			<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/ Afroamericana			<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca			<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial			
			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana						

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacitado* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Etnia <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Blanca			<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska			<input type="checkbox"/> Asiática			<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/ Afroamericana			<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca			<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial			
			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana						

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacitado* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Etnia <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Blanca			<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska			<input type="checkbox"/> Asiática			<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/ Afroamericana			<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca			<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial			
			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana						

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacitado* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Etnia <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Blanca			<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska			<input type="checkbox"/> Asiática			<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/ Afroamericana			<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca			<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial			
			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana						

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacitado* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Etnia <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Blanca			<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska			<input type="checkbox"/> Asiática			<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/ Afroamericana			<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca			<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial			
			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana						

Sección de ingresos del hogar*

Complete la tabla a continuación para todos los miembros adultos del hogar. Use la sección adicional (en la página 4), según sea necesario, para registrar otros miembros adultos del hogar con ingresos. Si en su hogar no hay ingresos, visite a su proveedor local de asistencia de energía.

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos ganados en su empleo	Ingresos complementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados [†]
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro por incapacidad del seguro social (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (Privada y de VA) <input type="checkbox"/> Beneficio por viuda/viudo <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia con los servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Efectivo retirado de cuentas IRA/ Anualidades/Otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos de intereses <input type="checkbox"/> Pagos con desembolso único (SSI/SSDI/ Acuerdos de fideicomisos y propiedades/ Acuerdos de divorcio/Pago de seguro/ Ganancias de lotería) <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo <input type="checkbox"/> Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.) <input type="checkbox"/> Programa de cuidado de niños Ohio Electronic Child Care [†]Para esta categoría SE DEBEN proporcionar 12 meses de documentación de ingresos
Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$
Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos ganados en su empleo	Ingresos complementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados [†]
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro por incapacidad del seguro social (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (Privada y de VA) <input type="checkbox"/> Beneficio por viuda/viudo <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia con los servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Efectivo retirado de cuentas IRA/ Anualidades/Otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos de intereses <input type="checkbox"/> Pagos con desembolso único (SSI/SSDI/ Acuerdos de fideicomisos y propiedades/ Acuerdos de divorcio/Pago de seguro/ Ganancias de lotería) <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo <input type="checkbox"/> Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.) <input type="checkbox"/> Programa de cuidado de niños Ohio Electronic Child Care [†]Para esta categoría SE DEBEN proporcionar 12 meses de documentación de ingresos
Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$
Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos ganados en su empleo	Ingresos complementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados [†]
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro por incapacidad del seguro social (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (Privada y de VA) <input type="checkbox"/> Beneficio por viuda/viudo <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia con los servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Efectivo retirado de cuentas IRA/ Anualidades/Otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos de intereses <input type="checkbox"/> Pagos con desembolso único (SSI/SSDI/ Acuerdos de fideicomisos y propiedades/ Acuerdos de divorcio/Pago de seguro/ Ganancias de lotería) <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo <input type="checkbox"/> Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.) <input type="checkbox"/> Programa de cuidado de niños Ohio Electronic Child Care [†]Para esta categoría SE DEBEN proporcionar 12 meses de documentación de ingresos
Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$
Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$

Sección de ingresos del hogar (continuación)

Complete la tabla a continuación para miembros adultos adicionales del hogar. Imprima páginas adicionales, según sea necesario, para registrar otros miembros adultos del hogar con ingresos.

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos ganados en su empleo	Ingresos complementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados [†]
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro por incapacidad del seguro social (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (Privada y de VA) <input type="checkbox"/> Beneficio por viuda/viudo <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia con los servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Efectivo retirado de cuentas IRA/ Anualidades/Otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos de intereses <input type="checkbox"/> Pagos con desembolso único (SSI/SSDI/ Acuerdos de fideicomisos y propiedades/ Acuerdos de divorcio/Pago de seguro/ Ganancias de lotería) <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo <input type="checkbox"/> Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.) <input type="checkbox"/> Programa de cuidado de niños Ohio Electronic Child Care [†]Para esta categoría SE DEBEN proporcionar 12 meses de documentación de ingresos
Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$
Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos ganados en su empleo	Ingresos complementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados [†]
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro por incapacidad del seguro social (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (Privada y de VA) <input type="checkbox"/> Beneficio por viuda/viudo <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia con los servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Efectivo retirado de cuentas IRA/ Anualidades/Otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos de intereses <input type="checkbox"/> Pagos con desembolso único (SSI/SSDI/ Acuerdos de fideicomisos y propiedades/ Acuerdos de divorcio/Pago de seguro/ Ganancias de lotería) <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo <input type="checkbox"/> Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.) <input type="checkbox"/> Programa de cuidado de niños Ohio Electronic Child Care [†]Para esta categoría SE DEBEN proporcionar 12 meses de documentación de ingresos
Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$
Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos ganados en su empleo	Ingresos complementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados [†]
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro por incapacidad del seguro social (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (Privada y de VA) <input type="checkbox"/> Beneficio por viuda/viudo <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia con los servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Efectivo retirado de cuentas IRA/ Anualidades/Otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos de intereses <input type="checkbox"/> Pagos con desembolso único (SSI/SSDI/ Acuerdos de fideicomisos y propiedades/ Acuerdos de divorcio/Pago de seguro/ Ganancias de lotería) <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Empleo autónomo <input type="checkbox"/> Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.) <input type="checkbox"/> Programa de cuidado de niños Ohio Electronic Child Care [†]Para esta categoría SE DEBEN proporcionar 12 meses de documentación de ingresos
Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$	Ingresos brutos de los últimos 30 días \$
Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$	Ingresos brutos de los últimos 12 meses \$

Sección de deducciones del hogar*

Deducciones totales de ingresos del hogar (Elija todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Primas de seguro de salud	<input type="checkbox"/> Programa Medicaid Spend Down (deducibles)	<input type="checkbox"/> Honorarios de abogados por acuerdos de fideicomisos o propiedades
	<input type="checkbox"/> Cuentas de gastos para atención médica	<input type="checkbox"/> Medicare Parte D (prima por recetas)	
	<input type="checkbox"/> Medicare Parte B	<input type="checkbox"/> Manutención de niños abonada	
Deducciones totales en los últimos 30 días \$	Deducciones totales en los últimos 12 meses \$		

Sección de ingresos elegibles totales del hogar*

Sume el ingreso total recibido de cada miembro adulto del hogar y luego reste las deducciones totales del hogar.

Ingresos totales del hogar (sume los montos de la Sección de ingresos del hogar de las páginas 3 y 4)	Últimos 30 días \$	Últimos 12 meses \$
Deducción total del hogar (de la Sección de deducciones del hogar de la página 5)	Últimos 30 días - \$	Últimos 12 meses - \$
Ingresos totales elegibles	Ingresos totales del hogar menos las Deducciones totales del hogar que se indican arriba \$	Ingresos totales del hogar menos las Deducciones totales del hogar que se indican arriba \$
Ingrese comentarios para la diferencia entre los ingresos de 12 meses y el total de 30 días		

Sección de información sobre los servicios públicos*

Si desea inscribirse en el PIPP y cuenta con un proveedor de servicios públicos regulado, visite a su proveedor local de asistencia de energía. Puede encontrar una lista en energyhelp.ohio.gov.

¿Cómo calienta su hogar?	<input type="checkbox"/> Gas natural	<input type="checkbox"/> Aceite combustible o queroseno	<input type="checkbox"/> Calefacción eléctrica (incluye zócalos)
	<input type="checkbox"/> Gas embotellado o propano (gas licuado de petróleo)	<input type="checkbox"/> Carbón, madera o bolitas de madera	<input type="checkbox"/> Otros
Compañía/Proveedor	Número de cuenta	¿Los costos están incluidos en el alquiler?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Comparte el medidor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del titular de la cuenta	Apellido del titular de la cuenta	Relación con el cliente primario	
Si actualmente está inscrito en el PIPP, ¿desea que lo volvamos a verificar en esta cuenta?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Si su medio de calefacción no es eléctrico, brinde la información de su proveedor de servicios públicos de electricidad:

Compañía/Proveedor de electricidad	Número de cuenta	¿Los costos están incluidos en el alquiler?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Comparte el medidor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del titular de la cuenta	Apellido del titular de la cuenta	Relación con el cliente primario	
Si actualmente está inscrito en el PIPP, ¿desea que lo volvamos a verificar en esta cuenta?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

SOLICITUD PARA PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA JULIO 2018 – MARZO 2019

Términos del contrato

- Acepto** Pagar todos los meses el monto de mi Plan de Pago de Porcentaje del Ingreso Plus (PIPP) por mi servicio de electricidad y/o de gas natural.
- Visitar a mi proveedor local de asistencia de energía o actualizar mi solicitud al menos una vez por año para proporcionar información actualizada del hogar y documentación de los ingresos con el fin de seguir siendo elegible.
- Ponerme en contacto con mi proveedor local de asistencia de energía, o ingresar en línea a energyhelp.ohio.gov o ponerme en contacto con la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio (Ohio Development Services Agency, ODSA) para informar sobre cualquier cambio en el ingreso total de mi hogar o en el número de los miembros del hogar.
- Aceptar cualquier programa de eficiencia de energía ofrecido por la ODSA o sus proveedores designados, si soy elegible.
- Permitir que mis compañías de servicios públicos divulguen mi nombre, dirección, número de teléfono, información sobre los miembros del hogar, el monto de mi consumo de servicios públicos y el monto total atrasado que debo a la ODSA y a otras agencias que proveen servicios de climatización y/o proveen otros servicios relacionados con la energía.
- Permitir que la ODSA divulgue mi nombre, dirección, número de teléfono, información sobre los miembros del hogar y estado actual a las compañías de servicios públicos y a otros proveedores de asistencia de energía.
- Permitir que la ODSA comparta mi información demográfica y de consumo con organizaciones contratadas por la ODSA que evalúan los programas administrados por la ODSA.
- Entiendo** Que no será verificado nuevamente si debo algún pago del PIPP. Debo hacer estos pagos antes del próximo ciclo de facturación o en la fecha de pago que me asignaron mis compañías de servicios públicos.
- Que, si no vuelvo a verificar mi ingreso al menos una vez cada 12 meses seré retirado del PIPP.
- Que si no hago los pagos del PIPP que me falten antes de la fecha de aniversario indicada seré retirado del PIPP.
- Que, si pago mi PIPP en su totalidad y a tiempo cada mes, recibiré un crédito del 1/24 de mi monto total atrasado y no necesitaré pagar la diferencia entre mi pago del PIPP y mi monto de facturación real.
- Que, si vuelvo a solicitar el PIPP y no soy elegible, o si elijo retirarme del PIPP, puedo inscribirme en el PIPP de Pago Escalonado (Graduate PIPP) por hasta un máximo de 12 meses después de la fecha en la que me retiraron del plan y todavía puedo recibir créditos para los montos atrasados que debo en mis cuentas de servicios públicos.
- Que, si me mudo a un área en la que mi compañía de electricidad/gas no provee servicios, puedo inscribirme en el programa Posterior de PIPP (Post PIPP) para hacer pagos a mi cuenta cerrada y recibir créditos para los montos atrasados.
- Que soy responsable legalmente por todos los montos atrasados de mis cuentas de gas y/o de electricidad y que, si ya no estoy inscrito en el PIPP, los montos atrasados se convertirán en deuda. Si no pago estos montos atrasados en su totalidad, las compañías de servicios públicos pueden usar cualquier medio estándar de recaudación para cobrar los montos atrasados en mis cuentas.

Autorización general

Un solicitante que proporcione información inexacta sobre el ingreso o la composición del hogar se arriesga a: ser excluido del Plan de Pago de Porcentaje del Ingreso Plus (Percentage of Income Payment Plan Plus, PIPP Plus) y/o de otros programas de asistencia de energía; no ser elegible para volver a presentar una solicitud durante 24 meses; que se agreguen los créditos pendientes a su factura de servicios públicos y/o recibir una factura de sus compañías de servicios públicos por el saldo total de la cuenta.

Autorizo al comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio (Ohio Department of Taxation) o a cualquier agente o empleado designado por el comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, así como también al director de la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio (Ohio Development Services Agency) o a cualquier agente o empleado designado por el director, o al director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Jobs and Family Services) o a cualquier agente o empleado designado por el director, a divulgar al director de la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio o a cualquier agente o empleado designado por el director, o al comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, o a cualquier agente o empleado designado por el comisionado fiscal, toda mi información de impuesto sobre la renta del estado de Ohio. El solicitante renuncia expresamente al (a los) aviso(s) de divulgación. El solicitante renuncia expresamente a las disposiciones de confidencialidad del Código Revisado de Ohio (Ohio Revised Code) que, de otra forma, prohibiría la divulgación, y acepta no hacer responsable de las divulgaciones aquí establecidas al Departamento de Impuestos de Ohio, a la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio y al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio, y sus respectivos agentes y empleados. Esta autorización debe interpretarse libremente; cualquier ambigüedad deberá resolverse a favor del comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, el director de la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio y el director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio.

Comprendo que, al firmar esta solicitud, otorgo a la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio o a sus proveedores autorizados el acceso a mis registros bancarios, de empleo, de asistencia pública, de compañías de servicios públicos u otros registros necesarios para verificar y evaluar los servicios. También otorgo a la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio, o sus proveedores autorizados, acceso a toda información que haya proporcionado a otra agencia del estado, incluso, entre otras, información de ingresos relacionada con solicitudes de asistencia pública. Comprendo que el hecho de completar esta solicitud no garantiza que mi hogar recibirá asistencia. Si soy o me convierto en cliente de PIPP Plus, comprendo que puedo ser incluido en un grupo para el cual el servicio eléctrico se compra en común. Comprendo que cualquier proveedor autorizado puede anular un pago aprobado si se obtiene información que determina que mi hogar no es elegible para los servicios de acuerdo a las reglas de cada programa. Comprendo que tengo el derecho de apelar. Certifico que la información que he presentado en esta solicitud es, a mi leal entender, una declaración completa, precisa y verdadera de la información requerida. Comprendo que puedo estar sujeto a cargos civiles o penales bajo las leyes federales y estatales, si a sabiendas, presento declaraciones falsas o fraudulentas.

Declaro bajo pena de perjurio que la información presentada en esta solicitud es correcta y veraz.

FIRME Y ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO A:

Office of Community Assistance, Home Energy Assistance Program
P.O. Box 1240, Columbus, Ohio 43216

X Firme aquí _____ Fecha de la solicitud _____