

SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGIA 2013–2014

La Agencia de Servicios de Desarrollo de Ohio (ODSA) ofrece varios programas de asistencia para personas de bajos recursos económicos que residen en Ohio, que tienen dificultad de pagar las cuentas de energía y también para hacer más eficiente la energía de sus hogares. Con esta solicitud, usted puede aplicar a programas como el Programa de Asistencia de Energía Para el Hogar (HEAP), el Programa de Porcentaje de Ingreso Plan de Pago Más (PIPP Plus) y al Programa de Insulación Para el Hogar (HWAP). Para aplicar al Programa de Crisis del Invierno (WCP) y el Programa de Crisis del Verano (SCP), la solicitud se debe presentar en persona; haga una cita con su agencia local que le provee las utilidades o la compañía que provee su energía. La cuenta de energía debe estar a nombre de un miembro de familia que califique al programa o debe presentar un documento firmado por el dueño del lugar que usted arrienda (el contrato de arriendo o una carta firmada por el dueño en la que declare que el arrendatario es el responsable de pagar la cuenta de utilidades).

ELEGIBILIDAD

Los hogares que pueden calificar a recibir asistencia de HEAP, WCP, o SCP deben tener un ingreso económico de 175% o más bajo que las pautas federales de pobreza. Los hogares que pueden calificar a recibir asistencia de HWAP deben tener un ingreso económico de 200% o más bajo que las pautas federales de pobreza. Aquellos hogares que pueden calificar a la ayuda de PIPP Más son aquellos hogares cuyo ingreso económico es de 150% o más bajo que las pautas federales de pobreza. Si su hogar califica, se le enviará una carta detallando los beneficios que recibirá. El beneficio a recibir dependerá de los niveles de fondos federales, del número de personas que viven en el hogar, del total del ingreso económico del hogar y del tipo de energía que el hogar usa. En la mayoría de los casos, los beneficios se entregan en la forma de un crédito a la cuenta de utilidades que es otorgado por la compañía proveedora de su energía. Este beneficio se otorga una sola vez. Si su hogar califica para servicios de insulación, su solicitud será revisada. Si usted vive en un lugar que es subvencionado por el gobierno federal y la cuenta de energía está a su nombre, puede que usted califique a recibir esta ayuda.

Los residentes de cualquier centro médico autorizado (hospital, hogar de ancianos o un centro de cuidado intermedio) o una residencia comunitaria que es manejada públicamente (por ejemplo, el YMCA), no califican al programa. Casas de hospedaje, hogares para grupos o refugios de emergencia no califican para recibir ayuda con los pagos de las cuentas de utilidades, pero sí pueden calificar para recibir ayuda del programa de insulación. Toda persona que comparte una misma cocina y un mismo baño se consideran como miembros de una familia y deben aplicar con una sola solicitud.

PORCENTAGE DE INGRESO DEL PLAN DE PAGO MAS (PIPP PLUS)

Para inscribirse al Programa del PIPP Más puede hacerlo por intermedio de esta solicitud, pero, sólo para las siguientes compañías: American Electric Power (AEP), Columbia Gas de Ohio, Dayton Power and Light (DP&L), Dominion East Ohio Gas, Duke Energy, FirstEnergy (Cleveland Illuminating Co., Ohio Edison, Toledo Edison) y Vectren. El Programa PIPP Más no está disponible para clientes de cooperativas rurales de electricidad, utilidades municipales o para aquellos usuarios que se les reparte el combustible a domicilio. El hogar solicitante debe presentar una copia reciente de la cuenta de energía que esté a nombre de la persona que está aplicando al Programa de PIPP Más.

El Programa PIPP Más requiere que aquellos clientes que califican al programa deben pagar mensualmente un porcentaje del ingreso económico total del hogar o puede que sean eliminados del Programa PIPP Más.

PROGRAMA DE INSULACION PARA EL HOGAR (HWAP)

El propósito del programa HWAP es de hacer más eficiente la energía consumida en hogares de bajos recursos, haciendo que se reduzca el uso de energía en aquellos hogares que califican al programa. El tipo de asistencia depende de la evaluación y eficiencia del consumo de la energía en el hogar.

PARA MAS INFORMACION

Si tiene preguntas referentes a los Programas de Asistencia de Energía o para chequear el estado de su solicitud:

energyhelp.ohio.gov y apriete el botón "contact us"
1-800-282-0880 o 614-644-6600

Para personas con problemas de audición:

1-800-686-1557 o 614-752-8808

DEFINICION DE INGRESOS

El ingreso familiar incluye el ingreso bruto (total) de todos los miembros del hogar, con la excepción de los salarios ganados por menores de edad que tienen menos de 18 años. El ingreso bruto incluye, salarios (excluyendo las primas de seguro de salud que sean documentadas), interés, pensiones, rentas, Seguro Social (excluyendo los primas de Medicare), jubilación, discapacidad por empleo, asistencia pública, Seguro de Ingreso Suplementario (SSI), pensión matrimonial, apoyo financiero de sus niños, beneficios de desempleo, compensación laboral, y cualquier otro ingreso que reciba indirectamente, como ayuda de las compañías de utilidades. Otras cláusulas pueden ser consideradas si son documentadas.

Por favor visítenos en la página web: energyhelp.ohio.gov para conseguir una lista de ingresos que pueden ser considerados o no.

GUIA DE INGRESOS 2013-2014

| # de personas en el hogar | Ingresos Anuales Brutos por Familia | | |
|---------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | up to \$ 17,235 | \$ 20,108 | \$ 22,980 |
| 2 | up to \$ 23,265 | \$ 27,143 | \$ 31,020 |
| 3 | up to \$ 29,295 | \$ 34,178 | \$ 39,060 |
| 4 | (150%) up to \$ 35,325 | (175%) \$ 41,213 | (200%) \$ 47,100 |
| 5 | (Para el PIPP Más) up to \$ 41,355 | (Para el HEAP) \$ 48,248 | (Para el HWAP) \$ 55,140 |
| 6 | up to \$ 47,385 | \$ 55,283 | \$ 63,180 |
| 7 | up to \$ 53,415 | \$ 62,318 | \$ 71,220 |
| 8 | up to \$ 59,445 | \$ 69,353 | \$ 79,260 |

Para hogares con más de 8 personas, agregue por cada miembro: \$5,940 por el 150%, \$7,035 por el 175%, y \$8,040 por el 200%.

INSTRUCCIONES

INGRESO

Usted debe presentar un comprobante del ingreso económico de su hogar. Los documentos que puede presentar como comprobantes son: el cheque de pago del trabajo, declaración de su empleador, cartas de asistencia pública que ha recibido o cartas de beneficios que ha recibido del Seguro Social, compensación laboral, compensación de desempleo y documentos de sus impuestos. Por favor incluya documentación que compruebe su respuesta a la pregunta #5. Si le falta alguna documentación de cualquier otro ingreso o si marco "0" (cero) ingreso, llene el formulario adjunto a esta aplicación (incluya páginas adicionales si necesita). Si su respuesta a la pregunta #7 es "No Ingreso", deberá incluir una declaración por escrito y firmada que explique como su hogar se mantiene sin recursos. Si no incluye esta información, el procesamiento de su aplicación será retrasado. **Por favor no envíe sus documentos originales porque no serán devueltos; envíenos copias de los originales.**

DISCAPACIDAD

Si alguien en su hogar es discapacitado, puede que sea elegible para recibir un beneficio más grande. Para saber si es elegible, debe presentar un comprobante de discapacidad y no es necesario revelar que tipo de discapacidad tiene. El comprobante debe incluir una declaración del doctor, cartas del Seguro Social, del Seguro de Ingreso Suplementario (SSI), de la Compensación Laboral, etc. "Discapacitado" se describe como una persona que tiene un impedimento físico o mental, el cual, hace que esta persona no pueda desempeñar ningún tipo de trabajo en algún empleo considerable, que en otras circunstancias podría ejecutar, y que posiblemente esta persona permanecerá en este estado de discapacidad por un tiempo indefinido de al menos 12 meses sin ninguna indicación de recuperación; y por consiguiente, ha sido declarado total y permanentemente discapacitado por agencia estatales y federales que tienen la función de clasificar a estas personas. Hogares con alguna persona de 60 años o más también serán evaluados para un aumento de su beneficio.

CIUDADANIA

Por favor presente un comprobante de ciudadanía o de estado legal en el país para todos los miembros del hogar. **El comprobante de ciudadanía o de estado legal se requiere para el solicitante principal.** Si usted nació en los Estados Unidos, presente un comprobante que muestre su edad (certificado de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte americano), el cual, verificará el estado de su ciudadanía. Pero, si ninguno de estos documentos fue usado para comprobar su edad o si nació fuera de los Estados Unidos, es ciudadano nacionalizado o residente permanente, necesitará presentar uno de los siguientes documentos:

1. Documentos de Naturalización/Certificado de Ciudadanía (INS Form I-179, INS Form I-197)
2. Visa Permanente
3. Certificado de Nacimiento/Documentos de Nacimiento del Hospital
4. Tarjetas de Registro Para Refugiados
5. Pasaporte Americano
6. Tarjeta de Identificación del INS
7. Certificado de Bautismo (solamente si muestra el lugar y fecha del nacimiento)
8. Certificado del Servicio Militar
9. Certificado del Censo Indio
10. Tarjeta de Registro para Votar
11. Una declaración firmada por un ciudadano americano, en la cual declare, bajo perjurio penal, que el solicitante es ciudadano americano
12. Tarjetas de Registro de Extranjeros/Permisos de Reingreso
13. INS Form I-151 or I-551 (Form I-151 no es válida después del Primero de Agosto de 1993)
14. INS Form I-94 si presenta cualquiera de estas notas: a) Sección 203(a)(7), 207, 208, 22(d)(5), 243(h); o 241(b)(3) del Acto de Inmigración y Nacionalización; o b) Uno o una combinación de los siguientes términos: Refugiado, Prisionero Bajo Fianza, o Asilado
15. INS Form G-641, "Aplicación para Verificación de la Información en los documentos del INS, "cuando sea anotado por un representante del INS como una confesión legal por razones humanitarias
16. Documentación que el extranjero es clasificado de acuerdo 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), del Acto de Inmigración y Nacionalización
17. Orden legal que declare que la deportación ha sido retenida de acuerdo a la Sección 241(b)(3) o 243(h) del Acto de Inmigración y Nacionalización
18. INS Form I-688
19. Verificación de Ciudadanía para el Programa OWF

ACTO DE PRIVACIDAD

DECLARACION: La declaración de los números del seguro social es mandatoria para recibir beneficios del HEAP. AUTORIDAD: 45CFR 96.84(c); 42 U.S.C. 405(c)(2)(i)

USO: El estado utilizará los números de seguro social en la administración del programa HEAP para verificar la información presentada en la aplicación; para prevenir, detectar, y corregir fraude, desperdicio, y abuso; y para el propósito de responder a peticiones de otras agencias que ofrecen programas financiados por subvenciones a los estados que necesitan asistir temporalmente a familias necesitadas o para agencias que piden información para la mantención financiera de algún niño o para comprobar la paternidad. El solicitante puede ser enjuiciado en corte civil o criminal bajo las leyes federales y del estado, si a sabiendas, presenta una declaración falsa y fraudulenta.



POR FAVOR FIRME Y ENVIE APLICACIONES A:

**OFFICE OF COMMUNITY ASSISTANCE
HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM
P.O. BOX 1240, COLUMBUS, OHIO 43216**

8) ¿Cuál es su principal fuente de energía? (Marque uno solamente)

- Gas Natural
 Gas Propano, Gas embotellado (LP.Gas)
 Aceite de Petroleo o Kerosene
 Carbón Madera o bolitas de madera
 Electricidad
 Otro _____

PORCENTAJE DE INGRESO DEL PLAN DE PAGO MAS (PIPP PLUS) inscripción y verificación (Por favor vea la primera página con la descripción del Programa PIPP Más)

Complete esta sección con su principal fuente de calefacción, incluyendo aquellos hogares que son todo eléctrico. En el espacio ofrecido más abajo, incluya el nombre de la compañía proveedora de energía y el número de cuenta. **Incluya una copia del recibo más reciente de la fuente de combustible o de calefacción que muestre su dirección actual y debe estar a nombre del solicitante principal.**

Complete esta sección con el nombre de la compañía de electricidad y su número de cuenta. **Incluya una copia del recibo más reciente de la cuenta de electricidad que muestre su dirección actual y debe estar a nombre del solicitante principal.**

Principal Fuente de Energía (la misma fuente de energía que marcó en la Pregunta #8.)

- si no ¿Está inscrito actualmente en el Programa PIPP Más?
 si no Si ya está inscrito, ¿quiere re-verificar la elegibilidad de los ingresos económicos de la familia?
- si no Si no está inscrito, ¿le gustaría inscribirse en el Programa PIPP Más?
 si no Si ya está inscrito en el programa PIPP Más, ¿le gustaría cancelar su participación en el programa? (Si decide a cancelar, se hará responsable de cualquier saldo que queda en la cuenta)

Electricidad

- si no ¿Está inscrito actualmente en el Programa PIPP Más?
 si no Si ya está inscrito, ¿quiere re-verificar la elegibilidad de los ingresos económicos de la familia?
- si no Si no está inscrito, ¿le gustaría inscribirse en el Programa PIPP Más?
 si no Si ya está inscrito en el programa PIPP Más, ¿le gustaría cancelar su participación en el programa? (Si decide a cancelar, se hará responsable de cualquier saldo que queda en la cuenta)

Compañía de Energía

Compañía de Energía

Número de Cuenta

Número de Cuenta

9) si no ¿Está el costo de su calefacción incluido en su renta?

12) si no ¿Está el costo de su calefacción incluido en su renta?

10) si no ¿Está la cuenta de calefacción a nombre de otra persona, no del solicitante? Si ha contestado que sí, escriba el nombre y apellido de la otra persona.

13) si no ¿Está la cuenta de calefacción a nombre de otra persona, no del solicitante? Si ha contestado que sí, escriba el nombre y apellido de la otra persona.

Nombre: Apellido:

Nombre: Apellido:

11) si no ¿Comparte usted su medidor de calefacción con otra familia?

14) si no ¿Comparte usted su medidor de calefacción con otra familia?

15) ¿Paga renta? Dueño de casa (si está comprando su casa, avance a la pregunta #19).

16) Nombre del propietario

Dirección

No. de teléfono

17) si no ¿Renta usted un cuarto en el hogar de otra familia? Si la respuesta es sí, escriba la información de todos los miembros en el hogar como aparece en la pregunta #4.

18) si no ¿Recibe ayuda del gobierno para pagar su renta (por ejemplo, Sección 8, HUD, Metropolitan Housing)?

19) si no ¿Ha recibido su hogar servicios de insulación de otro programa; por ejemplo de una compañía de utilidad? Si la respuesta es sí, cuál es el programa?

20) si no ¿Le gustaría aplicar al Programa de Insulación Para El Hogar (HWAP)? Si contesto que sí, por favor visite la pagina web: energyhelp.ohio.gov para conseguir una lista de proveedores en su área.

21) si no Estoy inscrito o soy elegible para recibir Medicare. Autorizo que mi nombre, dirección, número de teléfono, y número de Seguro Social sean utilizados por la agencia local de Area Agency on Aging, la agencia Ohio State Health Insurance Information Program (OSHIIP), o sus designados para recibir asistencia con recetas médicas y otros beneficios.

22) Escriba el número de Americanos Nativos que viven en el hogar (como es definido por la Oficina de Asuntos Indígenas de los Estados Unidos).

Autorizo al Comisario de Impuestos del Departamento de Impuestos de Ohio o a cualquier agente asignado por el Comisario de Impuestos del Departamento de Impuestos de Ohio, como también al Director de la Agencia de Servicios de Desarrollo de Ohio (ODSA) o a cualquier empleado asignado por el Director, a revelar al Director de la Agencia de Servicios de Desarrollo de Ohio o a cualquier empleado del Director, o al Comisario de Impuestos del Departamento de Impuestos de Ohio, o a cualquier agente o empleado asignado por el Comisario de Impuestos, a revisar la información en mi Declaración de Impuestos del Estado de Ohio. **El solicitante claramente renuncia a la orden de divulgación. El solicitante claramente renuncia a las provisiones de confidencialidad del Código Revisado de Ohio, el cual, de otra forma, prohibiría su divulgación y concuerda que el Departamento de Impuestos de Ohio y la Agencia de Servicios de Desarrollo de Ohio, todos sus agentes y empleados están protegidos de perjuicios con respecto a esta divulgación limitada incluida aquí.** Esta autorización es para ser interpretada libremente; cualquier ambigüedad debe ser resuelta en favor del Comisario de Impuestos del Departamento de Impuestos de Ohio y/o del Director de la Agencia de Servicios de Desarrollo de Ohio. Esta autorización debe ser irrevocable por un periodo de tres años desde la fecha en que la solicitud fue firmada y está vinculada a cualquier o todos sus herederos, beneficiarios, sobrevivientes, destinatarios, albaceas, administradores, decendientes, fiduciarios, u otro beneficiario.

Entiendo que al firmar esta solicitud, le autorizo a la Agencia de Servicios de Desarrollo de Ohio o a sus proveedores autorizados, acceso a mi cuenta bancaria, lugar de empleo, oficina de asistencia pública, compañía de utilidades u otros documentos que se necesiten para verificar y evaluar los servicios. Firmando esta solicitud, le autorizo a la Agencia de Servicios de Desarrollo de Ohio, sus asignados y proveedores autorizados, y al Departamento de Energía Federal y sus designados y proveedores autorizados, el derecho de inspeccionar mi casa y cualquier trabajo que se haga en mi casa. Entiendo que al completar esta solicitud no me garantiza que mi hogar recibirá asistencia. Entiendo que cualquier proveedor autorizado puede anular un pago que ha sido aprobado si la información obtenida determina que mi hogar no es elegible para recibir asistencia de acuerdo a las reglas de cada programa. Entiendo que tengo el derecho de apelar dentro de 60 días si he sido notificado por escrito de la determinación de servicios o asistencia. También, entiendo que tengo el derecho a pedir un juicio estatal dentro de 90 días de recibir una determinación por escrito que han sido negados los servicios de asistencia. Certifico que la información que he presentado en esta solicitud es, en lo mejor de mi conocimiento, correcta, precisa y verdadera. Entiendo que puedo ser enjuiciado en corte civil o criminal bajo las leyes federales y del estado, si a sabiendas, presento una declaración falsa y fraudulenta. Si ya soy o me hago cliente del Programa PIPP Más, entiendo que puedo ser incluido en un grupo que el servicio eléctrico puede ser comprado en común. La revelación del número de Seguro Social es mandatorio para recibir los beneficios de asistencia [45CFR 96.84(c); 42 U.S.C. 405(c)(2)(C)(i)].

X Firme aquí Fecha