

**SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS**

**1. INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CABEZA DEL HOGAR**

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL: \_\_\_\_\_ CONDADO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
(si es diferente a la primera dirección)

NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR: \_\_\_\_\_ NÚMERO CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA (Una guía para llenar esta sección se encuentra al pie de la página)**

NOMBRE (PRIMERO Y APELLIDO)	PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO (circule uno)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	DISCAPACIDAD (circule uno)	ASEGURANZA MEDICA	¿HISPANO, LÁTINO, O DE ORIGEN HISPANO?	RAZA	ESTADO MILITAR (circule uno)	NIVEL DE EDUCACIÓN	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
1 USE ESTA LÍNEA PARA LA PERSONA MENCIONADA ARRIBA	CABEZA DE FAMILIA		MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
2			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
3			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
4			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
5			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
6			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
7			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		
8			MASCULINO FEMENINO OTRO		SI NO DESCONOCIDO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO INSEGURO		

CUÁNTOS MIEMBROS DEL HOGAR SON: Ciudadano Americano: \_\_\_\_\_ Fuera del hogar: \_\_\_\_\_ Un joven desconectado (edad: 14-24) que no asista a la escuela o trabaje: \_\_\_\_\_

<b>GUÍA PARA LLENAR LA SECCIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:</b>	<b>PARENTESCO</b> 1 - Cabeza de familia 2 - Conyugue 3 - Hijo 4 - Hijo de crianza 5 - Nieto 6 - Hermano 7 - Padre 8 - Abuelo 9 - Otro familiar 10 - No hay parentesco	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> • Formato de datos: 99 / 99 / 99	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94</b> • Formato No. Social: 999-99-9999 • Formato I-94: 9999999 99	<b>ASEGURANZA MEDICA</b> 1 - Medicaid 2 - Medicare 3 - Programa de seguridad del estado para menores 4 - Aseguración del estado para adultos 5 - Aseguración militar 6 - Compra directa 7 - Por medio del empleo 8 - Ninguna	<b>RAZA</b> 1 - Indio Americano 2 - Nativo de Alaska 3 - Oriental 4 - Blanco 5 - Negro o Afro Americano 6 - Nativo de Hawaii otro Isleño del Pacífico 7 - Otro 8 - Multi-raza	<b>NIVEL DE EDUCACION</b> 1 - 0-8º grado 2 - 9º a 12º grado/no graduado 3 - Graduado de la secundaria 4 - Equivalente al diploma 5 - 12º grado o más escuela post secundaria 6 - Graduado de la Universidad (2- 4 años) 7 - Graduado de otra escuela post secundaria	<b>EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)</b> 1 - Empleado (tiempo completo) 2 - Empleado (medio tiempo) 3 - Migrante trabajador temporal del campo 4 - Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) 5 - Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) 6 - Desempleado (no en la fuerzalaboral) 7 - Jubilado
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS**

**3. TIPO DE HOGAR (marque una)**

PERSONA SOLTERA DOS   
  FAMILIA MONOPARENTAL FEMENINA   
  HOGAR CON AMBOS PADRES   
  HOGAR DE MULTIPLES GENERACIONES  
 ADULTOS SIN HIJOS   
  FAMILIA MONOPARENTAL MASCULINA   
  ADULTOS NO PARIENTES CON HIJOS   
  OTRO: \_\_\_\_\_

**4. FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR (marque todas las que apliquen)**

*Para cada fuente de recursos que usted marque, debe incluir prueba de ingresos junto con la solicitud. Para INGRESOS, provea copias de sus talones de cheque de los 30 días anteriores a esta solicitud, o proporcione una copia de su declaración de impuestos federales. Para INGRESOS de AUTOEMPLEO o INGRESOS AGRARIOS, proporcione una copia de su declaración de impuestos federales.*

INGRESOS DE EMPLEO (SALARIOS)   
  SSI (INGRESO SUPLEMENTARIO DEL SEGURO SOCIAL)   
  SEGURO PRIVADO DE INCAPACIDAD   
  PENSIÓN ALIMENTICIA U OTRO APOYO DE MANUTENCIÓN   
  MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS  
 INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AGRARIOS   
  SSDI (INGRESO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL)   
  COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES   
  ASISTENCIA GENERAL DE \_\_\_\_\_  
 INGRESOS DE JUBILACIÓN DEL SEGURO SOCIAL   
  COMPENSACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DE VETERANOS   
  SEGURO DE DESEMPLEO   
  NO HAY INGRESOS  
 PENSIÓN   
  PENSIÓN DE DISCAPACIDAD NO CONECTADA A LOS SERVICIOS DE VETERANOS   
  ASISTENCIA DE TANF/FIP   
  OTRO: \_\_\_\_\_

¿Su hogar tiene ahorros de sobre \$50,000 (incluya: todos los ahorros y cuentas corrientes, CDs, y otras inversiones)?  SI  NO

¿Alguien en su familia presento una declaración de impuestos y recibido los beneficios EITC (Earned Income Tax Credit) el año pasado o este año?  SI  NO

**5. BENEFICIOS NO MONETARIOS DEL HOGAR (marque todos las que apliquen)**

SNAP (PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS)   
  HCV (VALE DE ELECCIÓN DE VIVIENDA)   
  HUD-VASH (VIVIENDA SUSTENTADA POR ASUNTOS DE VETERANOS)  
 WIC (MUJERES, INFANTES Y NIÑOS)   
  VIVIENDA PÚBLICA   
  VALE PARA CUIDADO DE NIÑOS  
 LIHEAP   
  VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE   
  SUBSIDIO LEGAL DE CUIDADO ACSESIBLE   
  OTRO: \_\_\_\_\_

**6. ESTADO DE VIVIENDA (marque uno)**

PROPIA   
  ALQUILER   
  OTRA VIVIENDA PERMANENTE   
  SIN HOGAR Si sin hogar, ¿qué es el estado actual de su vivienda? \_\_\_\_\_  
 OTRO: \_\_\_\_\_

Si RENTA, ¿sus gastos de calefacción están incluidos en su alquiler?  SI  NO   
 Si RENTA, ¿recibe asistencia de alquiler?  SI  NO  
 Si RENTA, ¿sus gastos de electricidad están incluidos en su alquiler?  SI  NO   
 Si RENTA, ¿su renta se basa en un porcentaje de sus ingresos?  SI  NO

**7. INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO/COMPEJO**

¿Cuáles son su hipoteca o costos de alquiler por mes? \$ \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**8. TIPO DE VIVIENDA (marque uno)**

CASA   
  CASA MOBIL   
  ALQUILO UNA HABITACIÓN   
  UNIDAD DE 2, 3, O 4 VIVIENDAS   
  UNIDAD DE 5 O MÁS VIVIENDAS   
  OTRO: \_\_\_\_\_

**9. PRINCIPAL FUENTE DE CALEFACCIÓN (marque uno)**

GAS NATURAL   
  ELECTRICIDAD   
  GAS PROPANO   
  ACEITE COMBUSTIBLE   
  MADERA/CARBÓN/MAÍZ   
  OTRO: \_\_\_\_\_

¿Si propano, tiene un tanque vacío o bajo (30% o menos)  SI  NO

**10. CALEFACCIÓN DEL HOGAR, ELÉCTRICAS, Y AQUA COMPAÑÍAS**

		<u>CALEFACCIÓN</u>	<u>ELECTRICIDAD</u>	<u>AGUA</u>		
¿Tiene un aviso de desconexión?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Está actualmente desconectado su servicio?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene un arreglo de pago?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**Debe incluir una copia de una FACTURA DE servicios de CALEFACCIÓN y de servicio de ELECTRICIDAD recientes con esta aplicación.**

**DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN**

Estoy haciendo una solicitud para el Programa de Asistencia de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), El Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP), y/o El Programa de Asistencia para Climatización (WAP). Entiendo que mi firma en esta solicitud o mi consentimiento verbal le otorga permiso a la agencia que procesa esta solicitud para usar la información que he proporcionado para determinar la elegibilidad de mi hogar para estos programas, y para otros programas administrados por esta agencia para los cuales he solicitado. Doy permiso al Estado de Iowa, al Departamento de Energía de los Estados Unidos, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y a la agencia procesando esta solicitud de obtener información adicional de mi proveedor de energía/agua acerca del uso de mi hogar y el historial de pagos. También doy permiso al Estado de Iowa para divulgar información de la solicitud a mi proveedor de energía/agua y para proveer detalles sobre mi cuenta y uso a los programas de LIHEAP, LIHWAP, y WAP según sea necesario para facilitar recepción de beneficios.

Mi firma en esta solicitud o mi consentimiento verbal certifica, bajo pena de ley, lo siguiente: 1) Toda la información y documentación asociada con esta solicitud es correcta y completa, a mi leal saber y entender. 2) Declaro que soy la única persona en el hogar que ha completado o completará solicitud para estos programas. 3) Comprendo que si proporciono información falsa puedo ser sujeto a descalificación del programa o pena de ley. 4) Si fuera aplicable, autorizó la climatización de mi casa sin costo alguno para mí o mi familia. Esto incluye autorizar a la agencia para contactar a mi arrendador para obtener permiso para climatizar mi casa cuando corresponda. Entiendo que firmar esta solicitud no garantiza que recibiré asistencia para la climatización

Entiendo esta declaración

FIRMA

FECHA



# Lista de Verificación de la Solicitud de Asistencia para Facturas de Servicios Públicos

Escriba Su Nombre Aquí: \_\_\_\_\_

<b>Comprobantes de Ingresos Requeridos</b>				
Por favor marque cada tipo de ingreso que su hogar recibe e incluya copias de los documentos.				
Para los documentos de ingresos puede usar los últimos 30 días o el último año, pero todos en el hogar deben elegir el mismo período de medición (todos usan 30 días o todos usan el último año).				
Yes	No	Tipo de Ingresos	Últimos 30 Días	Último Year
		Salarios	Talones de cheques de salario de los últimos 30 días (si se paga cada dos semanas, los 2 más recientes)	Todos los formularios W-2 o su última declaración de impuestos federales
		Empleo por cuenta propia, ingresos por alquiler, o ingresos agrícolas	No aplicable. Debe usar el año pasado como su período de medición	Última declaración de impuestos federales completada
		Seguro Social (Discapacidad o Jubilación), o SSI	Copia del cheque, carta de adjudicación, o estado de cuenta bancario reciente que muestre el depósito directo	1099 SSA, o la última declaración de impuestos federal completada para SSA o SSDI. Para SSI, necesitaremos una copia impresa proveniente de la oficina del seguro social de todos los meses
		Pensión, jubilación, o beneficios de veteranos	Copia de la carta de adjudicación, copia del cheque recibido, o estado de cuenta bancario reciente que muestre el depósito directo	1099 R para los ingresos de pensión o jubilación, o la declaración federal de impuestos más reciente
		Subsidio de Adopción	Copia del cheque o estado de cuenta mensual	Estados de cuenta mensuales del último año
		Manutención de los hijos	Copia impresa de la manutención de los hijos, copia del cheque, o estado de cuenta del pagador	Copia impresa del último año, copias de cheques, estado de cuenta del pagador.
		Compensación de Trabajadores	Declaraciones de beneficios de compensación para trabajadores	Declaraciones de beneficios del último año o declaración del pagador
		Beneficios de dividendos	Carta o estado de cuenta que muestre el monto recibido	1099 DIV o la declaración de impuestos federales más reciente
		Beneficios de desempleo	Impresión de beneficios de desempleo del Desarrollo de la Fuerza Laboral	1099 G o la declaración federal de impuestos más reciente
<b>Otros Documentos Requeridos</b>				
✓	<b>Incluya copias de éstos documentos con su solicitud.</b>			
	Tarjeta de Seguro Social, licencia de conducir, pasaporte, o identificación estatal de todos los miembros del hogar (incluidos los niños). Si los proporcionó el año pasado, es posible que ya los tengamos registrados.			
	Su factura de calefacción (gas natural, propano, electricidad, etc.)			
	Su factura de electricidad (esto puede ser lo mismo que su factura de calefacción)			
	Solicitud en papel completada en ambos lados, firmada y fechada			

**Comentarios:** Por favor díganos que tan fácil o difícil fue completar ésta solicitud y marque con un círculo una de las palabras que se muestran a continuación. **CIRCULE UNA**



**Muy Fácil**

**Fácil**

**Neutral**

**Difícil**

**Muy Difícil**

# ¿Sus facturas de servicios son insostenibles?



Nos alegra saber que está interesado en el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP).

## Escoge Como Te Gustaría Aplicar



Puede completar la solicitud en papel y enviar de vuelta por correo con la aplicación completa y copias de los documentos requeridos.



Puede solicitar una cita por teléfono, llámanos a 563-324-3236, o visite nuestro sitio web a caeiowa.org.



Puede aplicar en línea para más rápido servicio entre 1 Noviembre 2022 a 30 Abril 2023. Visite nuestro sitio web a caeiowa.org.

## ¿Quién Puede Aplicar?

Cualquiera persona que viva en los condados de Scott, Clinton, Muscatine, O Cedar en Iowa. La asistencia se basa en los ingresos del hogar. Los hogares con personas de 60 años o discapacitados pueden aplicar a partir del 10/1/22. Todos los demás hogares pueden aplicar a partir del 11/1/2022.

Límites De Ingresos	
1 Persona	\$27,180
2 Personas	\$36,620
3 Personas	\$46,060
4 Personas	\$55,500
5 Personas	\$64,940
6 Personas	\$74,380
7 Personas	\$83,820
8 Personas	\$93,260

## ¿Dónde Presento Mi Aplicación?

Si le dimos un sobre de devolución, utilícelo. Nosotros pagaremos el franqueo. Si prefiere dejarlo, visite nuestro sitio web o llámenos para encontrar la ubicación más cercana a usted.



REDDELA LUCHA CONTRA LA POBREZA DE AMERICA

Caeiowa.org  
(563) 324-3236