

1. INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CABEZA DEL HOGAR

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____ CONDADO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

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

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	GENERO (círcule uno)	NUMERO SOCIAL O NÚMERO I-94	DISCAPACIDAD (círcule uno)	ASEGURANZA MEDICA	¿HISPANO, LÁTINO, O DE ORIGEN HISPANO?	RAZA	ESTADO MILITAR (círcule uno)	NIVEL DE EDUCACIÓN	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
1			MASCULINO FEMENINO OTRO		FISICO MENTAL AMBOS NINGUNO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO		
2			MASCULINO FEMENINO OTRO		FISICO MENTAL AMBOS NINGUNO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO		
3			MASCULINO FEMENINO OTRO		FISICO MENTAL AMBOS NINGUNO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO		
4			MASCULINO FEMENINO OTRO		FISICO MENTAL AMBOS NINGUNO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO		
5			MASCULINO FEMENINO OTRO		FISICO MENTAL AMBOS NINGUNO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO		
6			MASCULINO FEMENINO OTRO		FISICO MENTAL AMBOS NINGUNO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO		
7			MASCULINO FEMENINO OTRO		FISICO MENTAL AMBOS NINGUNO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO		
8			MASCULINO FEMALE OTRO		FISICO MENTAL AMBOS NINGUNO		SI NO		VETERANO ACTIVO NINGUNO		

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

GUÍA PARA LLENAR LA SECCIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	NÚMERO SOCIAL O NÚMERO I-94	DISCAPACIDAD	ASEGURANZA MEDICA	RAZA	ESTADO MILITAR	NIVEL DE EDUCACION	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
	<ul style="list-style-type: none"> Cabeza de familia Conyugue Hijo Hijo de crianza Nieto Hermano Padre Abuelo Otro familiar No hay parentesco 	<ul style="list-style-type: none"> Formato de datos: 99 / 99 / 99 	<ul style="list-style-type: none"> Masculino Femenino Otro 	<ul style="list-style-type: none"> 999-99-9999 Formato No. Social: 99999999 99 Formato I-94: (11 numeros) 	<ul style="list-style-type: none"> Fisico Mental Ambos (físico y mental) Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> Medicaid Medicare Programa de aseguranza del estado para menores Aseguranza del estado para adultos Aseguranza militar Compra directa Por medio del empleo Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> Indio Americano Nativo de Alaska Oriental Blanco Negro o Afro Americano Nativo de Hawaii Otro Isleño del Pacífico Otro Multi-raza (2 o más de arriba) 	<ul style="list-style-type: none"> Veterano Militar Activo Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> 0-8º grado 9º a 12º grado no graduado Graduado de la secundaria (o equivalente al diploma) 12º grado o más escuela post secundaria Graduado de la Universidad (2 - 4 años) Graduado de otra escuela post secundaria 	<ul style="list-style-type: none"> Empleado (tiempo completo) Empleado (medio tiempo) Migrante trabajador temporal del campo Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) Desempleado (no en la fuerza laboral) 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
 FAMILIA MONOPARENTAL FEMENINA
 HOGARES CON AMBOS PADRES
 HOGAR DE MULTIPLES GENERACIONES
 DOS 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 federal de impuestos.
 Para INGRESOS de AUTOEMPLEO o INGRESOS AGRARIOS, proporcione una copia de su declaración federal de impuestos.*

INGRESOS DE EMPLEO (SALARIOS)
 SSI (INGRESO SUPLEMENTARIO DEL NÚMERO SOCIAL)
 SEGURO PRIVADO DE INCAPACIDAD
 CONTRIBUCIONES EN EFECTIVO DE LA FAMILIA O AMIGOS
 INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AGRARIOS
 SSDI (INGRESO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL)
 COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES
 PENSIÓN ALIMENTICIA U OTRO APOYO DE MANUTENCIÓN
 INGRESOS DE JUBILACIÓN DEL NÚMERO SOCIAL
 COMPENSACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DE VETERANOS
 SEGURO DE DESEMPLEO
 ASISTENCIA GENERAL DE SOCORRO
 NO HAY INGRESOS
 PENSIÓN
 PENSIÓN DE DISCAPASIDAD NO CONECTADA A LOS SERVICIOS DE VETERANOS
 ASISTENCIA DE TANF/FIP
 MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
 OTRO: _____

¿Su hogar tiene ahorros de sobre \$15,000 (incluye: 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

ESTA CAJA ESPERA USO DE LA AGENCIA
 INGRESOS DOCUMENTADOS (ANUAL) \$ _____
 INGRESOS AUTO DECLARADOS (ANUAL) \$ _____

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
 OTRO: _____
 LIHEAP
 VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE
 SUBSIDIO LEGAL DE CUIDADO ACSESIBLE

6. CALEFACCIÓN DEL HOGAR Y COMPAÑÍAS ELÉCTRICAS

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

¿TIENE UN AVISO DE DESCONEXIÓN? SI NO
 ¿ESTÁ ACTUALMENTE DESCONECTADO SU SERVICIO? SI NO

7. ESTADO DE VIVIENDA (marque uno)

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

8. TIPO DE VIVIENDA (marque uno)

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

9. PRINCIPAL FUENTE DE CALEFACCIÓN (marque uno)

ELECTRICIDAD
 GAS PROPANO
 MADERA/CARBÓN/MAÍZ
 GAS NATURAL
 ACEITE COMBUSTIBLE
 OTRO: _____
 ¿Si propano, tiene un tanque vacío o bajo (20% o menos)? SI NO

10. PROPIETARIO, PROYECTO, INFORMES SOBRE EL COMPLEJO

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

HIPOTECA O COSTOS DE ALQUILER POR MES \$ _____

SI RENTA, CONTESTE LO SIGUIENTE:

- ¿Sus gastos de calefacción están incluidos en su alquiler? SI NO
- ¿Recibe asistencia de alquiler? SI NO
 (¿Su renta se basa en un porcentaje de sus ingresos?)

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico bajo pena de perjurio la información anterior es verdadera. Doy permiso a la agencia que procesa esta solicitud para adquirir información adicional y compartir información con otras organizaciones con el propósito de proveer servicios para ayudar a mi hogar. Este intercambio de información debe llevarse a cabo con el máximo respeto a la confidencialidad de la información contenida en esta solicitud.

Por este medio solicito al Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP) y/o al Programa de Asistencia para Climatización. Además certifico lo siguiente: declaro que soy la única persona en el hogar que solicitara este programa(s). Entiendo que esta información se utilizará, según sea necesaria, en la determinación de elegibilidad para otros programas de la agencia o servicios. Cualquier declaración falsa e intencional en este formulario está sujeta a una sanción de la ley. Aseguro que cualquier pago de la energía LIHEAP recibido se utilizará únicamente para los gastos de energía en el hogar. Entiendo que al firmar (ya sea en forma escrita o electrónica) esta solicitud, autorizó la climatización de mi casa sin costo alguno para mí o mi familia. Esta solicitud no garantiza ningún trabajo de climatización realizado en mi casa.

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 que procesa esta solicitud para obtener información adicional de mi proveedor de energía sobre el uso de la energía y el historial de pagos. También doy permiso al Estado de Iowa para que le dé información sobre la solicitud a mi proveedor de energía y para proporcionar detalles sobre mi cuenta y uso de energía al LIHEAP y el Programa de Asistencia de Climatización.

Entiendo esta declaración.

FIRMA

FECHA