

Locality/FIPS _____ Case # _____ Date Application Received _____ Worker # _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL AIRE ACONDICIONADO – VENTILACIÓN

Solicitudes aceptadas desde el 15 de junio hasta el 15 de agosto

RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE *En lo posible, favor de completar en inglés*

¿En qué ciudad o condado vive? _____

PARTE I

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del segundo nombre) _____ Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____ Teléfono de trabajo _____ Dirección de correo electrónico _____
 Método de contacto preferido – **RODEE CON UN CÍRCULO UNO** de los métodos de contacto anteriores

Dirección física/de servicio _____ Ciudad/ Estado, Código postal _____ Idioma principal que se habla en su hogar _____

Dirección de correo _____ Ciudad/ Estado, Código postal _____ Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____ Teléfono de trabajo _____

Método preferido de correspondencia

Si desea recibir un mensaje de texto o un correo electrónico para notificarle que puede acceder electrónicamente a algún correo acerca de sus beneficios a través de CommonHelp, seleccione una de las opciones de la parte inferior. Facilite un número de teléfono móvil o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija su método electrónico de correspondencia preferido, se utilizará para todos los programas en el caso para el que haya presentado su solicitud. Si no elige recibir notificaciones mediante un mensaje de texto o un correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del servicio de correos de Estados Unidos. Si realiza una solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, se le enviará a usted por correo toda la correspondencia. El solicitante puede contactar con el departamento local de Servicios Sociales para informarse de cómo cambiar el método de correspondencia.

Mensaje de texto Correo electrónico Teléfono móvil para mensaje de texto: _____ Proveedor de servicios de telefonía móvil: _____ Dirección de correo electrónico: _____

PARTE II

1. ¿Cuál es su necesidad de aire acondicionado - ventilación? (Marque todas las que correspondan)

- A.** Recoger ventilador **B.** Comprar/ Instalar un Aire Acondicionado de Ventana ¿Tiene usted por lo menos un aire acondicionado que funcione en su casa? **SÍ** **NO** (Usted no puede recibir un aire acondicionado de ventana si ya usted tiene otro aire acondicionado de cualquier tipo en su casa. La agencia local puede que le llame o' visite su casa para verificar que no tiene uno que trabaje.)
- C.** Reparación del aire acondicionado central o bomba de calefacción **D.** Pago del depósito de electricidad **E.** Compra/instalación de ventilador de cielo raso, del ático o de toda la casa
- F.** Reparación del ventilador de cielo raso o del ático o de toda la casa **G.** Pago de la factura de electricidad **H.** Recoger en persona /instalar usted mismo el aire acondicionado de ventana

2. Haga un círculo en la letra que mejor describe su situación de vida actual. Lea cada una antes de elegir. Encierre sólo una opción.
- A. Soy propietario o estoy comprando mi casa y pago todas las facturas de aire acondicionado.
 - B. Soy propietario o alquilo mi casa y no pago factura de aire acondicionado.
 - C. Pago el alquiler y también el aire acondicionado separadamente.
 - E. Pago el alquiler y el aire acondicionado está incluido en el pago del alquiler.
 - F. Vivo en una vivienda subsidiada, Sección 8, HUD, ó vivienda pública y pago ocasionalmente los cargos por el consumo extra.
 - G. Vivo en una vivienda de la Sección 8, HUD, ó vivienda subsidiada y pago regularmente algunas o todas mis facturas de aire acondicionado.
 - I. Vivo en una habitación en la casa de otra persona.
 - L. Vivo en una institución, vivienda colectiva, centro de tratamiento u hogar para adultos.
 - P. No pago alquiler y vivo en más de una habitación, casa o apartamento y pago por la calefacción/aire acondicionado.
 - Q. Vivo en un refugio de emergencia o no tengo hogar. He hecho un arreglo para mudarme a una casa, apartamento o a más de una habitación.

3. ¿Son todas las personas que viven en su hogar ciudadanos estadounidenses? **SÍ** **NO** Si su respuesta es no, ¿quienes no lo son? _____ ¿Cuál es el estatus migratorio de esas personas? _____

4. ¿Esta' alguien en su hogar discapacitado? **SÍ** **NO** Si su respuesta es sí, ¿quién? _____

5. ¿Cuántas personas viven en su hogar? # _____

6. ¿Hay alguien fuera de casa temporalmente? **SÍ** **NO** En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿En qué fecha se espera que regresa? _____

Identifíquese usted primero y luego todas las personas que viven en su hogar. **Provea el número de Seguro Social para cada una de las personas que viven en su casa.** Complete la información para cada persona.

NOMBRE	RELACIÓN CON LA PERSONA EN LA LÍNEA 1	Nº del SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	HISPANO O LATINO		TRABAJA		CANTIDAD DE INGRESO MENSUAL BRUTO	INGRESOS PAGADOS semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes, mensualmente	INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS Ingresos por trabajo (indique el Nombre del empleador/Empresa); auto-empleo, Seguro Social; SSI; Beneficios para veteranos; pensión alimentación de menores; etc.
					Sí (S)	No (N)	Sí (S)	No (N)			
	Persona que responde										

7. **Encierre en círculo TODOS los tipos de ingresos del hogar:** A. TANF B. Seguro social C. SSI D. Desempleo E. Empleo o trabajo por cuenta propia G. Subsidio general H. Beneficio de Veteranos N. Compensación para el trabajador Q. Pensión alimenticia o manutención infantil U. Ingreso de alquiler W. Pension de Jubilados
Otro: especifique _____
8. ¿Usted recibe pagos de la División de Cumplimiento de Manutención de Niños? ____SÍ ____NO ¿Por cuánto? ¿Quién paga la manutención del menor? _____
9. ¿Usted o algún miembro de su hogar recibió asistencia de combustible, por crisis o para aire acondicionado en los últimos 12 meses? ____SÍ ____NO Si su respuesta es sí, nombre del caso _____
10. ¿Recibe algún miembro del hogar cupones de alimentos? ____SÍ ____NO Si su respuesta es sí, nombre del caso _____
11. ¿Recibe algún miembro de su hogar Medicaid? ____SÍ ____NO Si su respuesta es sí, nombre del caso _____
12. ¿Recibe Medicaid Home & Community-Based Care (Cuidado en el hogar de Base Comunitaria)? ____SÍ ____NO Si su respuesta es sí, ¿quién lo recibe? _____
 El pago del paciente es \$ _____
13. ¿Alguien paga seguro de Medicare, Parte B? ____SÍ ____NO Parte D? ____SÍ ____NO Si su respuesta es sí, ¿quién lo paga? _____ ¿Cuánto? \$ _____
14. **Encierre en círculo todos los tipos de equipo de aire acondicionado-ventilación que hay en su hogar.** Aire acondicionado de ventana Unidad de aire acondicionado central Bomba de calefacción Ventilador Portatil Ventilador de cielo raso Ventilador para ático Ventilador para toda la casa Ninguno
15. ¿Funciona el equipo de aire acondicionado que hay en su hogar? ____SÍ ____NO Si su respuesta es **NO**, enumere todo el equipo que **NO** funciona _____
16. ¿Quién es el dueño o responsable del equipo de aire acondicionado en su hogar? _____
17. Nombre y dirección de la compañía de aire acondicionado en su casa _____

Se necesita verificación de la compañía de servicio si usted acondiciona el aire de su hogar con electricidad. Adjunte una copia de su factura de electricidad más reciente. Complete lo siguiente:

¿A nombre de quién está la factura? _____ Número de cuenta _____ ¿Quién es el responsable de pagar la factura? _____
 El pago es a través de retiro mensual automático? Si__ No__ O pago por débito o crédito? Si__ No__ ¿Tiene una cuenta de servicio eléctrico pague por adelantado? Si__ No__

18. ¿En qué otro lugar solicitó esta asistencia? _____
19. ¿Tiene gastos de calefacción? ____SÍ ____NO Si su respuesta es **SÍ**, ¿qué tipo de energía utiliza? **Encierre en círculo** la energía que utiliza con más frecuencia para calentar su hogar.

ENCIERRE EN CÍRCULO SÓLAMENTE UNA RESPUESTA.

1. Electricidad 2. Gas natural 3. Petróleo (#2) 4. Kerosén blanco 5. Carbón 6. Leña 7. Propano líquido (LP)/Gas envasado 0. Kerosén rojo

20. Nombre y dirección de la compañía que usa para la calefacción de su hogar _____
21. ¿Cuál es el nombre que aparece en la cuenta de su factura de calefacción? _____
 ¿Cuál es su número de cuenta con su compañía de calefacción? _____
22. Encierre en círculo el principal equipo de calefacción usado para calentar su hogar. Encierre sólo uno A. Horno B. Radiador C. Calentador portátil D. Calentador de área con ventilador
 E. Calentador de base de pared F. Bomba de calefacción G. Chimenea H. Estufa de leña/carbón J. Estufa para cocinar K. Ninguno L. Desconocido
23. ¿Su hogar tiene algún monto adeudado por cuentas pasadas de electricidad? ____SÍ ____NO Si la respuesta es sí, ¿Cuál es la cantidad adeudada? _____
24. ¿Ha recibido en su hogar una notificación de corte de electricidad? ____SÍ ____NO Si la respuesta es sí, ¿Cuándo le desconectarán este servicio? _____
25. ¿Han desconectado el servicio de electricidad en su hogar? ____SÍ ____NO Si la respuesta es sí, ¿Cuándo fue realizado este corte del servicio? _____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información mencionada arriba y en documentos adjuntos es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Notificaré al Departamento de Servicios Sociales dentro de 5 días si se produce algún cambio en mi situación. Entiendo que ningún miembro de mi hogar ni yo podemos vender mercancía comprada en mi nombre por medio del programa, a menos que el departamento local de servicios sociales haya otorgado el permiso para hacerlo. Todos los beneficios recibidos deben ser utilizados para el fin autorizado. Puedo presentar una queja si siento que me han discriminado debido a mi raza, color, nacionalidad, discapacidad, sexo, edad, opinión política, religión, orientación sexual o estatus civil o familiar. Si brindo información falsa, retengo información, no informo los cambios de inmediato o recibo asistencia para la cual no soy elegible, podría estar infringiendo la ley y podría ser procesado por perjurio, hurto y/o fraude. Si completé o ayudé a completar este formulario de solicitud y ayudé e induje al solicitante a obtener asistencia para la cual no es elegible, podría estar infringiendo la ley y ser procesado. Entiendo que el Departamento de Servicios Sociales puede utilizar la información de esta solicitud o puede comunicarse conmigo con fines de investigación, evaluación y análisis hasta donde sea permitido por la ley estatal o federal. Mi firma autoriza al Departamento de Servicios Sociales a obtener cualquier verificación para establecer la elegibilidad de mi hogar para recibir asistencia, o a dar información de mi archivo a otras organizaciones a las que he solicitado o recibido asistencia. Entiendo que, al proporcionar información de la cuenta de mi proveedor(es) de energía, estoy autorizando al(los) proveedor(es) de energía a proporcionar detalles acerca de mi cuenta y uso energético al DSS para propósitos de análisis y evaluación del programa. Acepto eximir y/o liberar de responsabilidad a mi(s) proveedor(es) de energía por cualquier reclamo, pérdida, demanda, daño u obligación de cualquier tipo originada o presuntamente originada por dicha divulgación.

Firma del solicitante OR Mark: _____ **Fecha** _____

Testigo de Mark o intérprete: _____ **Número de teléfono** _____ **Fecha** _____

Completado en nombre del solicitante por: _____ **Número de teléfono** _____ **Fecha** _____