

**SOLICITUD DE ASISTENCIA DE CRISIS**

**POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS ÍNTEGRAMENTE**

*Se aceptan solicitudes desde el 1° de noviembre hasta el 15 de marzo*

¿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 crisis? (Marque todas las que correspondan).  Reparación del equipo de calefacción  Compra de equipo de calefacción  Pagar el depósito de seguridad  Depósito para tanque de gas LP  Compra de un calefactor ambiental portátil  Refugio de emergencia  Equipo suplementario o Mantenimiento del equipo

**Efectivo a partir del 1° de enero, está disponible el combustible de emergencia para crisis:**  Compra del combustible principal que se usa para calentar su casa  Pago de la cuenta del servicio de calefacción principal.

Si usted tiene una emergencia energética en este momento, marque el tipo de emergencia abajo:

Primario Calor - Ya desconectado  Compañía: \_\_\_\_\_ Fecha de desconexión: \_\_\_\_\_  
 Aviso de desconexión recibido de calor primario  Compañía: \_\_\_\_\_ Fecha de desconexión programada: \_\_\_\_\_  
 Cuenta de electricidad prepago ¿Balance de \$25 o menos?  SÍ  NO Balance de cuenta: \$ \_\_\_\_\_  
 Tanque: propano/gas envasado ¿Menos de 20% en el tanque?  SÍ  NO Tamaño de su tanque: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el porcentaje en su tanque hoy? \_\_\_\_\_  
 Tanque: aceite o keroseno ¿Menos de 25 galones en tanque?  SÍ  NO Tamaño de su tanque: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos galones hay en su tanque hoy? \_\_\_\_\_  
 Carbón o madera ¿Suministro menor a 7 días?  SÍ  NO ¿Cuántos días de suministro de carbón o madera le quedan? \_\_\_\_\_

2. HAGA UN CÍRCULO en la letra que mejor describa su situación de vivienda actual. Lea todas las alternativas antes de elegir una. **HAGA UN CÍRCULO SOLO EN UNA.**

- A. Yo soy propietario o estoy comprando mi casa y pago todas las cuentas de calefacción. I. Vivo en una habitación en la casa de otra persona.
- B. Yo poseo o alquilo mi casa y no pago la cuenta de calefacción. L. Yo vivo en una institución, hogar grupal, centro de tratamiento u hogar para adultos.
- C. Yo pago \$ \_\_\_\_\_ de renta y también pago la calefacción de forma separada. P. Yo vivo sin pagar renta en una casa o apartamento de más de una habitación y pago por la calefacción/refrigeración.
- E. Yo pago \$ \_\_\_\_\_ de renta y la calefacción está incluida en el pago de la renta. 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.
- F. Yo vivo en una vivienda subsidiada/Sección 8/HUD y ocasionalmente pago cargos de uso excesivo.
- G. Yo vivo en una vivienda subsidiada/ de Sección 8/HUD y pago regularmente algunas o todas mis cuentas de calefacción.

3. ¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_  
 4. ¿Hay alguien fuera de casa temporalmente?  SÍ  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿En qué fecha se espera que regrese? \_\_\_\_\_

**Identifíquese usted primero y luego todas las personas que viven en su hogar. Provea el numero 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	N° del SEGURO SOCIAL	GENORO	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	HISPANO O LATINO		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)			
	<b>Persona que responde</b>									

5. ¿Todas las personas en su grupo familiar son ciudadanos de los Estados Unidos?  SÍ  NO Si contestó NO, ¿quién no es ciudadano? \_\_\_\_\_
6. ¿Alguien en su grupo familiar es discapacitado?  SÍ  NO Si contestó SÍ, ¿quién es discapacitado? \_\_\_\_\_
7. HAGA UN CÍRCULO EN TODOS los tipos de ingresos del grupo familiar:
- |                           |   |                       |
|---------------------------|---|-----------------------|
| Empleo o auto-empleo      | Desempleo   | Indemnización laboral |
| Ingreso por alquiler      | Manutención de menores                                      | Seguro social         |
| Pensión alimenticia       | Seguro social   | SSI                   |
| Beneficios para veteranos | TANF (Programa de ayuda temporal para familias necesitadas) | Alivio general        |
| Jubilación                |   |                       |
- Otros: especifique \_\_\_\_\_
8. ¿Recibe pagos de la División de recaudación de pensiones alimenticias?  SÍ  NO ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Quién paga la pensión alimenticia? \_\_\_\_\_
9. ¿Algún miembro de su grupo familiar recibe beneficios SNAP (anteriormente cupones de alimentos, Food Stamps)?  SÍ  NO  
Si contesto SÍ, indique nombre del caso \_\_\_\_\_
10. ¿Algún miembro del grupo familiar recibe Medicaid?  SÍ  NO Si contesto SÍ, indique nombre del caso \_\_\_\_\_
11. ¿Se recibe Medicaid Home y cuidado basado en la comunidad?  SÍ  NO En contestó sí, ¿para quién? \_\_\_\_\_ La cantidad pagada por el paciente es \$ \_\_\_\_\_
12. ¿Alguien paga el seguro médico Parte B \_\_\_ o D \_\_\_ de Medicare?  SÍ  NO Si contestó sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \$ \_\_\_\_\_
13. HAGA UN CÍRCULO en el tipo de equipo que usa como fuente de calor principal para su hogar. HAGA UN CÍRCULO SOLO EN UNA.
- |                    |                |                     |   |
|--------------------|----------------|---------------------|---|
| Caldera            | Radiador       | Calefactor portátil | Estufa ambiental con ventilación (calefactor con un tubo de escape exterior o sistema de monitoreo) |
| Calentador de base | Bomba de calor | Chimenea            | Estufa de carbón o madera   |
|                    |                |                     | Estufa de cocina  |
|                    |                |                     | Ninguno   |
|                    |                |                     | Desconocido   |
14. ¿Está trabajando su equipo de calefacción?  SÍ  NO Describa su problema actual con su equipo de calefacción \_\_\_\_\_
15. Si su estufa u horno estufa no está funcionando, ¿tiene alguna otra fuente de calor?  SÍ  NO  
En caso afirmativo, ¿cuál?  Chimenea  Estufa de leña  Calentador ambiental portátil  Otras \_\_\_\_\_
16. ¿Quién es propietario o responsable por la compra o reparaciones de su equipo de calefacción? \_\_\_\_\_
17. HAGA UN CÍRCULO sobre el tipo de combustible que usa para calentar su hogar. HAGA UN CÍRCULO SOLO EN UNA.
- |              |             |        |                       |                      |        |      |                                   |
|--------------|-------------|--------|-----------------------|----------------------|--------|------|-----------------------------------|
| Electricidad | Gas natural | Aceite | Keroseno transparente | Teñido Keroseno rojo | Carbón | Leña | Propano líquido (LP)/Gas envasado |
|--------------|-------------|--------|-----------------------|----------------------|--------|------|-----------------------------------|
18. Nombre y dirección de la empresa usada para calentar el hogar: \_\_\_\_\_  
Se necesita verificación de la empresa de servicios que usted calienta su hogar con electricidad o gas natural. Un beneficio de Asistencia para una Crisis solo puede estar usado si usted debe una balancia que puede causar desconcertar su servicio o si su balancia de la cuenta de servicio eléctrico es menos que \$25.00. Sujeta una copia de su cuenta corriente eléctrico, su cuenta de gas o prueba que usted tiene una balancia de \$25.00 o menos en su cuenta de servicio eléctrico de pagar por adelantado. Complete los siguientes datos:  
Nombre de la cuenta \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_ ¿Quién es responsable de pagar la cuenta? \_\_\_\_\_  
¿El pago se hace por un pago automático de débito/crédito o en un giro bancario mensual?  SÍ  NO
- 19-. ¿Tiene algún familiar o amigo que pueda ofrecerle refugio temporal?  SÍ  NO
- Las siguientes preguntas se requiere para efectos de información federales sólo. Sus respuestas no afectarán el proceso de su solicitud, su elegibilidad o su cantidad de beneficios.**
20. ¿Si la electricidad no es el combustible usado para calentar su, casa, cuál es el nombre de la compañía que utiliza para su servicio eléctrico? \_\_\_\_\_  
Nombre de cuenta \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_