

SOLICITUD DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS DE KANSAS

Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo al: 888.369.4777 o visite www.lieap.dcf.ks.gov.

La solicitud completa debe recibirse en una oficina del DCF antes del cierre de operaciones del último día hábil de marzo.



ES-3500
10-23

1. INFORMACIÓN DEL HOGAR

En la línea 1, indique la persona cuyo nombre figura en la factura de servicios públicos de calefacción, si la persona reside en su hogar. De lo contrario, anótese en la línea 1, seguido de **todas** las demás personas que actualmente residen en la dirección donde vive. Adjunte hojas adicionales según sea necesario. (Códigos de raza: A = asiático, N = negro, H = hispano, NA = nativo americano, B = blanco, O = otro)

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo M o F	Raza – Enumere todas las que correspondan (opcional)	Ciudadano o residente legal	Discapacitado
1)					Sí / No	Sí / No
2)					Sí / No	Sí / No
3)					Sí / No	Sí / No
4)					Sí / No	Sí / No
5)					Sí / No	Sí / No
6)					Sí / No	Sí / No
7)					Sí / No	Sí / No
8)					Sí / No	Sí / No
9)					Sí / No	Sí / No
10)					Sí / No	Sí / No

¿Alguien en el hogar recibe asistencia alimentaria? Sí No

¿Solicitó LIEAP el año pasado? Sí No

Idioma preferido, si no es el inglés:

Escrito: _____ Hablado: _____ Lenguaje de Señas Sí No

DIRECCIÓN DONDE VIVE ACTUALMENTE:

Colonia Calle Ciudad Estado Código Postal Condado

OTRA DIRECCIÓN DE CORREO SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DONDE VIVE:

Nombre Calle Ciudad Estado Código Postal Condado
 Marque la casilla correcta: Este es su: Tutor Custodio Pagador de SI otro:

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Teléfono diurno : _____ Teléfono para mensajes: _____
 Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico : _____



2. Situación de emergencia. Si actualmente se encuentra en una situación de emergencia con sus servicios públicos, seleccione las casillas de todo lo que corresponda. Adjunte comprobante de desconexión, de lo contrario, el caso no se considerará una emergencia.

	Su hogar actualmente está desconectado del servicio público. Fecha de desconexión: _____
	No tiene o tiene muy poco propano o madera para operar su fuente primaria de combustible para calefacción. Indique el porcentaje estimado de propano que tiene %: _____ Cantidad de madera que tiene _____ (¼ 'cord' o atado, etc.)
	Alguien en su hogar está utilizando equipos de asistencia médica que funcionan con electricidad. <input type="checkbox"/> Desfibrilador cardíaco <input type="checkbox"/> Máquina de diálisis <input type="checkbox"/> Concentrador de oxígeno <input type="checkbox"/> Alarma de insuficiencia respiratoria infantil <input type="checkbox"/> Respirador con presión positiva intermitente <input type="checkbox"/> Bomba de alimentación <input type="checkbox"/> Respirador <input type="checkbox"/> Máquina de succión <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Desconectarán sus servicios públicos en 48 horas. Fecha de desconexión: _____ (Proporcione una copia del aviso de desconexión y una etiqueta colgante si corresponde)

3. Ingresos brutos del hogar. Debe proporcionar comprobante de ingresos. Adjunte talón de pago, estados de cuenta del empleador, etc. para todos los ingresos que no sean del Seguro Social, SSI, TANF o UC para todos los miembros del hogar.

Nombre de la persona empleada	Nombre, teléfono y dirección del empleador (si trabaja por cuenta propia, indique el tipo de negocio)	Salario o pago mensual	Horas semanales trabajadas	¿Con qué frecuencia le pagan?	Día de la semana que le pagan

Tipo de Ingreso	Nombre de la persona que recibe ingreso	Cantidad Mensual
<input type="checkbox"/> Beneficios de la Administración del Seguro Social (proporcionar carta de adjudicación)		\$
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario / SSI (proporcionar carta de adjudicación)		\$
<input type="checkbox"/> Manutención de niños / pensión alimenticia (proporcionar copia de la orden judicial)		\$
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas-TANF		\$
<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleado		\$
<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia / ingresos agrícolas (proporcione una copia de la declaración de impuestos completa)		\$
<input type="checkbox"/> Administración de Veteranos / Beneficios VA (proporcione una copia del número de reclamo)		\$
<input type="checkbox"/> Retiro ferroviario u otras pensiones (es decir, KPERS o privadas) proporcionar una carta de adjudicación		\$
<input type="checkbox"/> Ingresos por intereses superiores a \$ 50 por mes (proporcionar pruebas)		\$
<input type="checkbox"/> Otro (indique y proporcione prueba)		\$

¿Alguien está en huelga? Sí No En caso afirmativo, el nombre de la persona:

4. Tipo de vivienda. Seleccione la casilla que mejor describa dónde vive.

<input type="checkbox"/>	Una casa de familia, vivienda modular, casa móvil	<input type="checkbox"/>	Casa rodante, camper, van
<input type="checkbox"/>	Dúplex (2 unidades en un edificio)	<input type="checkbox"/>	Hogar grupal
<input type="checkbox"/>	Apartamento (3 o más unidades en un edificio)	<input type="checkbox"/>	Asilo
<input type="checkbox"/>	Otro, por favor indique: _____		

5. ¿Vive en una vivienda subsidiada (Sección 8, vivienda pública o para personas mayores)? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre y el teléfono del propietario y la unidad: _____

(Proporcione una copia de su contrato de alquiler)**6. Sistema de calefacción. Seleccione la casilla que mejor describa el sistema de calefacción principal integrado en su hogar, aunque no se esté utilizando.**

<input type="checkbox"/>	Calefacción central de gas	<input type="checkbox"/>	Calefacción de piso o pared
<input type="checkbox"/>	Radiadores de vapor o agua caliente	<input type="checkbox"/>	Estufa independiente con ventilación (no de leña)
<input type="checkbox"/>	Calefacción central eléctrica	<input type="checkbox"/>	Sistema de calefacción solar
<input type="checkbox"/>	Estufa de leña o chimenea	<input type="checkbox"/>	Calentadores de zócalo ('baseboard')

¿Utiliza este sistema? Sí No**Si no lo utiliza**, encierre en un círculo la letra apropiada a continuación.

- No tiene servicio porque no puede pagar el restablecimiento del servicio.
- No tiene servicio porque no puede pagar la entrega de combustible en gran cantidad.
- El equipo no funciona y no puede pagar su reparación.
- Otro: _____

7. Tipo de combustible. Seleccione la casilla que describe el combustible utilizado por el sistema de calefacción principal integrado en su hogar.

<input type="checkbox"/>	Gas natural con líneas subterráneas
<input type="checkbox"/>	Electricidad
<input type="checkbox"/>	Propano entregado a domicilio en gran cantidad
<input type="checkbox"/>	Otro (gas envasado, queroseno, fuelóleo, carbón o madera) Indique el tipo: _____ Nombre y número de impuesto federal del proveedor de madera: _____

Nombre y número del proveedor de servicios públicos que proporciona el combustible para calentar su hogar: _____

8. Factura de combustible. Seleccione la casilla que describe cómo paga su factura de combustible de calefacción.

<input type="checkbox"/>	La factura del combustible está a su nombre o a nombre de otro adulto que vive en la residencia. Nombre: _____
<input type="checkbox"/>	Su costo de calefacción está incluido en su alquiler. Nombre y número de teléfono del propietario: _____
<input type="checkbox"/>	Su factura de combustible está a nombre del propietario, y usted le paga al propietario o a la compañía de combustible. Nombre y número de teléfono del propietario: _____
<input type="checkbox"/>	Su factura de combustible está a nombre de alguien que no es un adulto que vive en la residencia ni el propietario. Nombre y relación: _____



9. Pagos Realizados

¿Ha realizado pagos de energía de 80% o más en los últimos 3 meses?

Sí No

Si sus servicios públicos están incluidos en el alquiler, ¿ha pagado el alquiler de al menos 2 de los últimos 3 meses?

Sí No

10. Información del Proveedor

El "proveedor principal de combustible para calefacción" es el proveedor que proporciona el combustible utilizado principalmente para calentar su hogar. Proporcione la información del proveedor de electricidad a continuación, incluso si no solicita un beneficio dividido.

Nombre del proveedor principal de combustible para calefacción: _____

Número de cuenta:

Nombre del proveedor de electricidad: (Requerido si no aparece como proveedor principal de combustible para calefacción).

Número de cuenta:

11. Opciones de pago de LIEAP. Seleccione la casilla que indica cómo desea que se entregue su beneficio.

Hacer que todos mis beneficios de energía sean pagaderos al proveedor de combustible para calefacción.

(Adjunte una copia de la factura de combustible para calefacción.)

Dividir mi beneficio de energía (½ a mi proveedor principal de combustible y ½ a mi proveedor secundario).

(Adjunte una copia de ambas facturas.)

- Solo puede hacer esta elección una vez durante el año de beneficios.
- Todos los pagos, incluyendo los pagos proporcionados durante los meses de verano, se realizarán de acuerdo con esta elección.
- Si solicita una división de sus beneficios, el nombre en la factura de todas las cuentas debe ser el mismo.
- Si no se realiza una selección, todo su beneficio irá al proveedor de combustible para calefacción.**

12. Agencia de Ayuda

Indique el nombre de cualquier agencia u organización que lo ayudó a completar esta solicitud:

13. Programa de Asistencia para la Aclimatación del Hogar de Kansas (K-WAP)

El Programa de Asistencia para la Aclimatación del Hogar de Kansas brinda gratuitamente a los hogares de bajos ingresos mejoras de energía en el hogar que ayudan a reducir sus facturas de energía, como agregar aislante y sellar grietas y espacios que tienen fugas de aire.

Para obtener más información sobre el Programa de Asistencia para la Aclimatación del Hogar de Kansas, llame a la línea gratuita de Información sobre Viviendas al 1-800-752-4422.

El departamento de niños y familias de Kansas ofrece igualdad de oportunidades en sus servicios, actividades y programas para las personas que reciben asistencia financiera federal, independientemente de su raza, color, origen, sexo o discapacidad.

**LEA LO SIGUIENTE DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR
¡NO SE PUEDE PROCESAR SU SOLICITUD SIN SU FIRMA!**

- Por la presente solicito asistencia de LIEAP del estado de Kansas administrado por el Departamento de Niños y Familias de Kansas (DCF).
- Declaro que la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Comprendo que la información que proporcioné en esta solicitud estará sujeta a verificación por parte del DCF.
- Si algún miembro del hogar declarado en mi solicitud está recibiendo asistencia alimentaria, TANF o manutención infantil, autorizo a la agencia a utilizar mi archivo de DCF para documentar la elegibilidad de ingresos y recursos para LIEAP.
- Por la presente autorizo a DCF a divulgar información relacionada con mi solicitud de LIEAP a mi proveedor de combustible para determinar la elegibilidad.
- Doy permiso a DCF para usar la información proporcionada en esta solicitud para fines de investigación, evaluación y análisis del programa.
- Entiendo que se me puede multar, encarcelar, o ambos, en virtud de la ley estatal o federal si hago declaraciones falsas en esta solicitud para obtener beneficios que no tengo derecho a recibir.
- Entiendo que debo proporcionar comprobante de ingresos y otra información necesaria para establecer la elegibilidad. Entiendo que mi elegibilidad se determinará según las pautas del personal de DCF.
- Entiendo que, si recibo asistencia como resultado de haber retenido o proporcionado información falsa, debo pagar el costo de dicha asistencia y puedo enfrentar cargos criminales.
- Entiendo que solo una persona en cada hogar puede recibir los beneficios de LIEAP durante el año, de solamente una agencia gubernamental. No puedo recibir LIEAP de DCF y de una entidad Tribal en el mismo año.
- Entiendo que, si mi compañía de servicios públicos es un proveedor que ha firmado un acuerdo para recibir pagos de LIEAP electrónicamente, mi beneficio se enviará directamente al proveedor.
- Entiendo que necesito continuar haciendo pagos con regularidad a mi proveedor de energía y que cualquier beneficio de LIEAP que pueda recibirse no reemplaza mi responsabilidad de pagarle al proveedor.
- Entiendo que solo se proporcionará un beneficio de LIEAP cada año calendario, pero ese beneficio se puede dividir entre los proveedores de servicios públicos, y esta elección solo se puede hacer una vez al año. Cualquier pago adicional que pueda proporcionarse durante los meses de verano se hará de la misma forma que se hizo durante el invierno.
- Entiendo que puedo apelar un procesamiento de solicitud que exceda 45 días calendario después de haber presentado la información completa. Entiendo que puedo apelar cualquier decisión y que mi solicitud debe procesarse en un plazo de 30 días después de mi denegación o notificación de beneficios.
- Autorizo a DCF u otro agente designado a divulgar información sobre solicitudes y beneficios a mis proveedores de energía y agencias de ayuda comunitaria.
- Autorizo a mi proveedor de energía a divulgar la información de mi cuenta, incluyendo, entre otros, el historial de facturación y pagos y el consumo de energía a DCF, su agente designado y las agencias de aclimatación.
- Autorizo cualquier investigación para establecer la elegibilidad de mi hogar, incluyendo la divulgación de registros bancarios, de nómina y otros registros de empresas y otras organizaciones.
- Entiendo que LIEAP es un programa financiado por el gobierno federal. Los beneficios se basan en la cantidad de fondos federales recibidos y podrían cancelarse en cualquier momento en que no haya fondos disponibles.
- Entiendo que la solicitud completa debe recibirse antes del cierre del horario laboral del último día hábil de marzo.

Firma

X

Firma del adulto que vive en la residencia (*Persona cuyo nombre aparece en la factura principal de servicios públicos de calefacción, si esa persona vive en la dirección*)

Fecha

Teléfono durante el día

X

Firma de otro adulto que vive en la residencia o curador/tutor

Fecha

Teléfono durante el día

X

Firma de otro adulto que vive en la residencia o curador/tutor

Fecha

Teléfono durante el día

El curador / tutor debe proporcionar copias de la documentación legal



✓ Recuerde:

- Completar todo
- Todos los adultos deben firmar la solicitud
- Enumerar a todos los que viven en su dirección
- Escribir sus números de teléfono y direcciones de correo electrónico
- Proporcionar comprobantes que reflejen los salarios de todos los que poseen un empleo
- Proporcionar órdenes de la corte de manutención de menores
- Proporcionar una declaración de impuestos reciente (si trabaja por cuenta propia)
- Proporcionar una carta de adjudicación de VA
- Proporcionar una carta de concesión de pensión (es decir, KPERS, Ferrocarril, privado, etc.)
- Proporcionar comprobante de ingresos si son más de \$50 mensuales
- Proporcionar copias de sus facturas de energía
- Proporcionar comprobantes de pagos de servicios públicos en los últimos 3 meses
- Proporcionar comprobante de pagos del alquiler (si los servicios públicos están incluidos en el alquiler)
- Proporcionar una copia de su contrato de alquiler

Para evitar demoras en el procesamiento de esta solicitud, verifique que haya incluido todos los elementos anteriores que correspondan.

Enviar copias. Los documentos originales no serán devueltos.