

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA PARA FAMILIAS DE BAJOS INGRESOS

_____ Department of Social Services del condado

AGENCY USE ONLY
Date Stamp

Cómo solicitar el programa de Asistencia de Agua Para Familias de Bajos Ingresos (LIHWAP)

Complete la solicitud que está a continuación y envíela al departamento de servicios sociales local del condado en el que vive. Las solicitudes se pueden enviar por correo, por fax o dejar en persona.

La agencia revisará su solicitud y hará lo siguiente:

- Le enviará un formulario en el que se le solicite la información necesaria para completar su solicitud o;
- Le enviará una carta por correo en la que se le indique si califica para el programa y, de ser así, el monto que recibirá.
- La elegibilidad se basa en la disponibilidad de fondos, los criterios de elegibilidad y el cumplimiento de la prueba de ingresos. Puede ver información adicional sobre este programa en <https://www.ncdhhs.gov/assistance/low-income-services/low-income-energy-assistance>

Comuníquese con su departamento de servicios sociales local o con el Centro de Llamadas de EBT de Carolina del Norte al 1-866-719-0141 si tiene preguntas o necesita ayuda.

Información de contacto

Complete su nombre y domicilio particular actual. Si es posible, indique un número de teléfono o mensaje para que podamos comunicarnos con usted si tenemos preguntas. Esto ayudará a evitar retrasos a medida que revisamos su solicitud. **USE TINTA AZUL O NEGRA.**

Nombre del solicitante _____
 Primer nombre Segundo nombre Apellido júnior/sénior, etc.

Dirección de residencia _____
 Ciudad Estado Código postal Teléfono

Dirección postal _____
(Si es diferente de la residencia) Ciudad Estado Código postal Teléfono

Miembros del hogar

Haga una lista de todas las personas que viven en su hogar y empiece con usted mismo. Llene cada casilla para cada miembro del hogar. Si hay más personas viviendo en su casa que la cantidad de espacio proporcionado, enumérelas en una hoja de papel aparte. Debe incluir los nueve números del número de seguro social (si están disponibles) y el mes, día y año de las fechas de nacimiento de todos los miembros del hogar.

Miembro del hogar	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Sexo M/F	*Raza (opcional)	Etnicidad Hispano o latino (opcional) SÍ/NO	Ciudadanía estadounidense o Extranjero Elegible SÍ/NO	¿Es discapacitado? SÍ/NO
			YO MISMO					

***Raza: elija uno o más números que se apliquen e ingrese arriba en la casilla de Raza: 1 – Nativo americano/nativo de Alaska, 2 – Asiático, 3 – Negro/afroamericano, 4 –Hawaiano/isleño del Pacífico, 5 – Blanco/caucásico y 6 - No informado**

¿Hay alguna persona en su hogar que sea (marque todo lo que corresponda):

- Tercera edad (más de 60) Que reciba el servicio de discapacidad y reciba servicios a través de la División de Servicios para Adultos y Personas Mayores

¿Cuál es el estatus del hogar: inquilino o propietario de vivienda? (Por favor marque una casilla)

Información de servicios públicos o del hogar

Complete esta sección con respecto a su declaración más reciente de agua o aguas residuales, o factura de agua o de aguas residuales.

¿Le han desconectado el agua o las aguas residuales? Sí No

¿El agua o las aguas residuales están sujetas a ser desconectadas? Sí No

¿Su factura actual de agua o aguas residuales está vencida sin fecha de desconexión? Sí No

¿Cuál es la fecha de desconexión o fecha de vencimiento? _____

¿La factura de agua o aguas residuales está a su nombre? Sí No

Empresa de agua o aguas residuales: _____ Número de cuenta: _____

Ingresos

- Complete la sección que está a continuación para demostrar todos los ingresos brutos salariales y no salariales que cualquier persona en su hogar recibe de cualquier fuente, incluso si alguien tiene más de una fuente de ingreso. (El ingreso bruto es el ingreso recibido **antes** de impuestos u otras deducciones). **Esto incluye todos los ingresos que han terminado en los últimos 30 días.**
- Envíe copias de documentos que demuestren todos los ingresos brutos recibidos por cualquier persona el **mes pasado** como recibos de sueldo, carta de la fuente de los ingresos, etcétera.

Los ingresos salariales incluyen: salarios de todos los empleos, empleo por cuenta propia, propinas, pagos por servicios. Otros tipos son pagos de las Fuerzas Armadas (sujeto a impuestos), anticipos de pago de bonificación, ingresos por trabajos en College, pago por longevidad, pago neto de empleo por cuenta propia, beneficios de capacitación en el empleo, ingresos de rentas, indemnización, Acuerdo de cultivadores de Tabaco, ingresos de veteranos (VA,) ingresos por servicios de cuidado, sueldos y propinas sobre los salarios.

Los ingresos no salariales incluyen: Seguro Social, SSI (Seguro Social Suplementario), TANF (Asistencia Temporal a Familias Necesitadas), Pagos por Adopción, Pagos por Cuidado Foster, Pagos de Mantenimiento a esposa o esposo (Alimony), Pagos de Mantenimiento Infantil, Compensación de Desempleo, Beneficios de Veteranos, Pensiones, Retiro de Ferrocarrilero, Pagos Militares, Anualidades, Beneficios de Retiro por Causa de Pulmones Cafés/Negros, Seguro de Desempleo, Ingresos de Patrocinador para Extranjero, Regalos de dinero en efectivo, Pagos por Discapacidad, Dividendos, Asistencia Educativa, Ingresos a Miembros de la Tribu Cherokee, Herencia, Ingreso por Seguros, Intereses, Pagos de NAFTA o TRA, Pensiones.

Miembro del hogar	Fuentes de ingresos	¿Con qué frecuencia se recibe?	Salario bruto o ingresos del mes pasado	¿Sigue trabajando?
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

¿Alguien tuvo ingresos en mes pasado por trabajos por su cuenta (self-employment)? Sí No

Cuentas de cheques o ahorros y otras cuentas

Enumere los tipos de recursos y la cantidad o el valor.

Dueño	Tipo	¿Cuánto?	Dueño	Tipo	¿Cuánto?
	Cuenta de cheques: cuentas individuales o conjuntas	\$		Cuenta de ahorro: cuentas individuales o conjuntas	\$
	CD, anualidades o mercados monetarios	\$		Acciones o bonos y acciones de fondos mutuos y ahorros Certificados	\$
	Efectivo disponible	\$		Fondos fiduciarios revocables	\$
	Saldo restante de los pagos de la suma global	\$		Equidad en bienes inmuebles no utilizados como vivienda ni como generación de ingresos	\$
	Ingresos netos de un negocio, incluida una granja, que se han descontado	\$		Fondos en una cuenta de jubilación que son accesibles: planes 401K, jubilación estatal de Carolina del Norte, IRA y Keogh	\$

Registrarse para votar es fácil en Carolina del Norte. La ley estatal obliga a los votantes a registrarse 25 días antes de una elección. DSS puede ayudarlo con la documentación para registrarse. Si desea registrarse para votar en Carolina del Norte, solicítele a su trabajador social un formulario de registro de votantes y, si necesita ayuda, que lo ayude a completar el formulario.

Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará la agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Estatal Bipartidista de Cumplimiento Electoral y de Ética de Carolina del Norte. Si necesita ayuda con el registro de votantes, puede llamar a la Junta Estatal Bipartidista de Cumplimiento Electoral y de Ética de Carolina del Norte al 1-866-522-4723.

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí hoy? Sí No

SI NO MARCA NINGUNA DE LAS DOS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

DERECHOS CIVILES

Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión, será excluida de la participación, se le negarán los beneficios o estará sujeta a discriminación conforme a este programa.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Entiendo que es contra la ley que yo haga declaraciones falsas y que estoy sujeto a enjuiciamiento si lo hago. Certifico que la información que he proporcionado es una declaración verdadera y completa de hechos a mi leal saber y entender. Doy permiso a la agencia para verificar cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa de Intervención de Crisis y el Programa Vecino y Energía. Entiendo que la información incluida en este formulario puede ser verificada por el revisor estatal o federal y acepto esta revisión.

Doy mi autorización para que mi compañía de servicios públicos divulgue información sobre el uso de energía y el pago de facturas durante los últimos doce meses a las agencias asociadas según el LIEAP.

Entiendo que las compañías de servicios públicos que proporcionan información a LIEAP no serán responsables de la información divulgada para fines de datos, como referencias, investigaciones, evaluaciones o análisis.

*Firma del solicitante

Testigo

Fecha

***Si el solicitante no puede firmar su nombre, debe ingresar una "X" en la línea de firma en presencia de un testigo. El testigo debe firmar su nombre donde se indica anteriormente.**

Representante autorizado

Firma del trabajador

Fecha

La solicitud está completa, firmada y fechada

Solo para uso de la agencia	
Documentar las acciones completadas y los servicios que se proporcionaron para satisfacer las necesidades de la familia, incluidas las remisiones a otras agencias.	
Aprobado	Denegado
Proveedor: _____ Monto del pago: \$ _____	DSS-8185 Fecha de envío _____ DSS-8107 Fecha de envío _____ Motivo: _____
¿El Acuerdo de proveedor de energía DSS-8163 está en el archivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Remisión a otros recursos: <input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Protección contra la intemperie <input type="checkbox"/> Otro _____
DSS-8185 Fecha de envío _____ DSS-8107 Fecha de envío _____ Motivo: _____	