

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS DE ENERGIA

ENERGY SERVICES - CAA
1850 45TH AVE NE, SUITE 101
SALEM, OR 97305

Si su hogar ha sido afectado por Covid19. Explique como en la linea de comentarios abajo. Y recibe beneficios de SNAP, TANF, WIC, OHP, OEA y/o LIHEAP, necesita comprobantes y no se requiere enviar ingresos.

Lunes a Viernes 8 a 5 503-588-9016
 EA_AP@MWVCAA.ORG

Para solicitar asistencia de energia completa pagina 1 y 2 de esta solicitud y enviarla a Servicios de Energia. Solicitudes completadas deben incluir la documentacion requerida y someterse por correo electronico a **ea_ap@mwvcaa.org**, correo postal MWVCAA - Energy Services, 2475 Center St NE, Salem OR 97301, o entregarla en la oficina 1850 45th Ave NE, Salem OR

ENLISTE TODAS LAS PERSONAS VIVIENDO EN SU HOGAR (mas de 9 use otra pagina separada)

NOMBRE LEGAL	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL VALIDO	QUE BENEFICIOS RECIBE?

NUMERO DE TELEFONO: _____ # DE MENSAJE _____

CORREO ELECTRONICO: _____

DOMICILIO ACTUAL _____ CORREO POSTAL _____

CIUDAD: _____ ZONA POSTAL: _____ CONDADO: _____

ENLISTE TODOS LOS INGRESOS RECIBIDOS DOS MESES ANTERIORES A SU FIRMA

FUENTE DE INGRESO	TIPO(trabajo etc)	CANTIDAD EN BRUTO	QUIEN RECIBIO ESTE INGRESO?

COMENTARIOS: _____

Eligibilidad para bajos ingresos esta basada en el ingreso bruto del hogar (60% del ingreso mediano del estado para la mayoría de los programas. Nuevo programa no debe exceder el 80% del area de ingreso mediano.

COMPLETE PAGINA 2

COMPANIA(S) DE CALEFACCION Y ELECTRICIDAD

COMPANIA(S)	NUMERO DE CUENTA	NOMBRE EN LA CUENTA(debe vivir en el hogar y firmar)

DECLARACION Y LIBERACION DEL SOLICITANTE

Yo comprendo que estos programas son voluntarios; si decido aplicar por asistencia debo de proveer toda la informacion requerida. Durante el proceso de mi aplicacion puede que se me pida mas informacion para poder determinar mi elegibilidad.

Yo comprendo que la informacion proveida para completar esta aplicacion sera usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia con el pago de servicios de energia y con el proposito de referencias, investigaciones, evaluaciones y analisis. Si considero que mi aplicacion fue injustamente negada o no fue procesada a tiempo, tengo derecho a una audiencia justa si la pido dentro de los primeros 30 dias de haber completado la aplicacion o de la fecha que fue negada. Cualquier peticion de dicha audiencia debe ser por escrito y entregada o enviada por correo al proveedor de servicios. Ademas de los derechos de apelacion obtenidos por dicha audiencia concedida por el proveedor de servicios. Yo puedo contactar a la Agencia Estatal de vivienda y servicios Comunitarios de Oregon (OHCS por sus siglas en ingles) dentro de los primeros 30 dias de la decision de la audiencia para pedir a OHCS una revision de la decision de la audiencia con el fin de encontrar deficiencias materiales. La peticion a OHCS debe ser por escrito y entregada o enviada por correo electronico a energyservices@oregon.gov o por correo postal a 725 Summer St NE Suite B, Salem OR 97301. Revisada por OHCS, y la manera en que esta sea conducida, sera a la entera discrecion de OHCS.

Yo declaro, bajo pena de perjurio que la informacion proveida para completar esta solicitud es verdadera y correcta.

Mi firma da consentimiento a otras oficinas de gobierno estatal y federal, sus subcontratistas designados, utilidades y proveedores de combustible, identificados en esta aplicacion compartir informacion relacionada a mi solicitud. Incluyendo informacion sobre mi numero de cuenta, nombre en la cuenta, direccion, uso y costo del consumo anual. Yo estoy de acuerdo a eximir de responsabilidad y/o liberar a tales organizaciones de/o encontra de cualquier reclamo, perdidas, demandas, danos o responsabilidad de cualquier tipo causadas por tal autorizacion.

Yo autorizo a mis utilidades y/o proveedores de combustible dar informacion referente de mi cuenta a OHCS y los proveedores de servicios con el proposito de proveer servicios de energia programados durante el ano actual (10/1 to 9/30). Yo soy el titular de la cuenta o cliente autorizado por la compania de utilidades y/o proveedor de combustible identficato en esta aplicacion. (DEBE SER APROVADO AND FIRMADO POR EL TITULAR DE LA CUENTA)

FIRMA DEL APLICANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

LO SIGUIENTE DEBE SER ENTREGADO JUNTO CON SU SOLICITUD COMPLETADA DE LOS 2 LADOS :

- * Verificacion del numero del seguro social de todos los miembros y ID para todos los mayores de 18
- * Si su hogar no recibe SNAP, TANF,WIC, OHP or LIHEAP/OEAP necesita proveer TODO el ingreso bruto recibido durante los 2 meses anteriores a su firma. (vea ejemplos abajo)
- * Facturas de calefaccion y electricidad mas recientes de su domicilio actual, incluyendo el numero de cuenta(s)

Ejemplos de Ingreso pero no esta limitado a: TRABAJO; todos los talones de pago recibidos 2 meses anteriores a su firma. DESEMPLEO; numero de identificacion personal (# PIN), SEGURO SOCIAL/SSI; carta de beneficios del ano actual de todos los beneficiarios. PENSIONES/BENEFICIOS DE RETIRO/DE VETERANOS; verificacion de la cantidad en bruto recibida. MANUTENCION DE MENORES; comprobar cantidad recibida, reporte del caso, deposito direct, etc. (declaracion propia) TANF(efectivo); verificacion de beneficios. Miembros del hogar mayores de 18 sin ingreso por el mes o parte del mes necesita completar **Forma de Cero Ingresos**; INICIALES para indicar que el ingreso nombrado no fue recibido, describa como fueron sus necesidades basicas proveidas, firma y fecha. Un trabajador/a de elegibilidad se comunicara para verificar su informacion e income, escriba numero de telefono valido.

SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SE PROCESARAN, SERA NOTIFICADO POR CORREO ELECTRONICO O POSTAL, SE LE NOTIFICARA DE LA INFORMACION QUE LE FALTA Y DEBERA ENVIAR UNA NUEVA PETICION. SERAN ACEPTADAS Y PROCESADAS MIENTRAS LOS FONDOS ESTEN DISPONIBLES