



**COMPLETAR LAS
4 PÁGINAS Y
FIRME LA PÁGINA 4**

(El Programa corre entre Noviembre 1^{ro}–Abril 30^{avo})

FOR COUNTY USE ONLY									
County	Household Number Basic								Suffix

Notes

Date Received

**Si necesita ayuda completando esta solicitud, llame al
HEAT HELP a 1-866-432-8435.**

● 1. SOLICITANTE

Apellido	Nombre			Segundo Nombre		
Dirección de Residencia		Ciudad		Estado	Código Postal	
Dirección de Casa (Si es diferente a la anterior)		Ciudad		Estado	Código Postal	
Teléfono o Teléfono Celular	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	Es usted un ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Es usted un residente permanente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dirección de Correo Electrónico		En que condado vive?		Número de Seguro Social		

La información reportada en esta sección no se utilizará para determinar su elegibilidad para LEAP o su nivel de pago. Esta información solo será utilizada para información estadística.

Marque (□) aquí si algún miembro de su hogar es: □ Discapacitado o □ Veterano

Etnicidad del solicitante: Hispano (HS) No hispano (NHS)

Raza del solicitante: Blanco/caucásico (WC) Negro o afroamericano (B or AA) Indio americano o nativo de Alaska (AI or AN)
 Asiático (AS) Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico (NH or PI) Otro/desconocido (OTH)

2. MIEMBROS DE FAMILIA EN SU CASA

Complete toda la información abajo para cada miembro de su familia **“Su casa/hogar”** indique todas las personas que viven con usted y que dependen económicamente de usted. Indique compañeros de casa o miembros de otras familias que viven con usted en la sección 3.

*Si usted o algún miembro de su hogar son residentes con registro, FAVOR DE ADJUNTAR UNA COPIA DE SU VERIFICACIÓN DOCUMENTADA DE NO CIUDADANO A LA SOLICITUD

● 3. ALGUIEN MAS VIVE EN ESTA RESIDENCIA? Sí No

Enumere a los compañeros de cuarto o miembros de otras familias que no sean parte de su hogar y de quienes no sea financieramente responsable.
Si la respuesta es "sí", ¿cuántos?

Nombre	Relación a usted	Edades

● 4. INGRESOS DE LA FAMILIA

A. Usted o alguien en su hogar tiene ingresos de trabajo? Sí No

Quien lo recibe?	Con qué frecuencia le pagan?	Cantidad en bruto por mes	Nombre del lugar de empleo	Adjunte copias de los talones de pago de al menos las 4 semanas anteriores a la fecha de aplicación.

B. Usted o alguien en su hogar tiene ingresos de trabajo por cuenta propia? (Incluye cuidado de niños, etc.) Sí No

Quien lo recibe?	Con qué frecuencia se pagan?	Es una LLC o SCORP?	Nombre del negocio	Si tiene gastos comerciales, adjunte copias de los recibos.
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

C. Usted o alguien en su hogar tiene ingresos no laborales (que incluyen cualquier programa de asistencia pública) como se indica a continuación?
 Sí No

Ingresos de Seguro Social (SSA); Ingresos de Seguro Social Suplementario (SSI); Ingresos de Seguro Social para los Deshabilitados (SSDI); Colorado Works (TANF); Pensión de los Ancianos (OAP); Aid to the Needy Disabled (AND); Mantenimientos de Niños; Alamony/Mantenimiento para la Esposa; Beneficios de Veterano; Compensación de Desempleo; Beneficios de Incapacitados de Empleo; Pensión o Ingreso de Retiro; Cualquier otro Ingreso (por favor explique):

Quien lo recibe?	Con qué frecuencia se pagan?	Cantidad en bruto por mes	Tipo de Ingreso No Laboral como se indica arriba	Adjunte copias de las cartas de adjudicación del mes anterior a su fecha de aplicación.

D. Usted recibió préstamos o regalos de amigos o familiares? Sí No

Si es un préstamo, En qué fecha recibió usted el dinero? _____ Cual es la cantidad del préstamo? _____

En qué fecha empezara usted a pagar su préstamo? _____ Cuanto pagara por mes? _____

Si es un regalo de un amigo o familiar, Cuando recibió usted el dinero? _____ Cuanto recibió? _____

E. Explique cómo está usted pagando los siguientes gastos, únicamente si sus ingresos mensuales no cubren sus necesidades básicas.

Renta: _____ Utilidades: _____

COMPLETAR LAS 4 PÁGINAS Y FIRME LA PÁGINA 4

● 5. ARREGLOS DE VIVIENDA

Indique (✓) Donde vive usted? Describalo abajo.

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Casa de huéspedes | <input type="checkbox"/> Casa de miembros de fraternidad/sociedad | <input type="checkbox"/> Cabaña |
| <input type="checkbox"/> Duplex/triplex/cuatruplex | <input type="checkbox"/> Hotel | <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación | <input type="checkbox"/> Tráiler |
| <input type="checkbox"/> Townhouse | <input type="checkbox"/> Van/carro/autobús | <input type="checkbox"/> Penitenciaria/cárcel/prisión | <input type="checkbox"/> Remolque |
| <input type="checkbox"/> Apartamento/condo | <input type="checkbox"/> Casa para grupos | <input type="checkbox"/> Casa para ancianos/albergue | <input type="checkbox"/> RV |
| <input type="checkbox"/> Casa móvil | <input type="checkbox"/> Dormitorio | <input type="checkbox"/> Otra vivienda, Por favor especifique _____ | |

Usted Alquila? Sí. Si su respuesta es sí, cuál es su renta mensual? _____

Tiene un pago de hipoteca? Sí.

Si su respuesta es sí, Cual es su pago de hipoteca? \$ _____; o, es usted propietario de su vivienda sin deudas? Si

Paga usted alquiler por un espacio o lote? Sí. Si su respuesta es si, Cuál es el pago del alquiler del espacio o lote? \$ _____

Como se llama el complejo de apartamentos donde usted vive y el teléfono? _____

● 6. AYUDA PAGANDO RENTA

Vive usted en vivienda de bajos ingresos (sección 8, vivienda pública, etc.)? Sí No

● 7. INFORMACION SOBRE LA CALEFACCION/RENTA

ESTÁ TENIENDO UNA EMERGENCIA CON EL COMBUSTIBLE PRINCIPAL DE CALEFACCIÓN EN ESTE MOMENTO? Sí

Si su respuesta es sí, marque el tipo de emergencia abajo y adjunte una copia de la notificación de su proveedor de energía:

- Ya estoy desconectado. Fecha de desconexión: _____
- He recibido una notificación pero aun no esta desconectado. Fecha de desconexión programada: _____
- Esta el tanque de propano vacio o está fuera de un combustible a granel, tales como la madera, el aceite de combustible, etc.? Mínima cantidad necesaria para entrega: \$ _____
- El tanque de propano esta a 20% o menos. Mínima cantidad necesaria para entrega: \$ _____

Indique (✓) cual es el combustible primario que usted usa para calentar su casa (no la luz). **INDIQUE SOLAMENTE UNO.**

- Gas Natural Propano Electricidad Leña Carbón Aceite Queroseno Otro: _____

LEAP no puede proporcionar beneficios para ningún tipo de sistemas de calefacción portátiles.

Indique (✓) la manera en cual usted paga su calefacción (no la luz) de su casa.

- Pago los gastos de calefacción directamente a la compañía de utilidad o al vendedor de combustible. **(Si la respuesta es sí, adjunte una copia de su más reciente factura de calefacción)**

Nombre del vendedor de combustible: _____ Número de cuenta: _____

Si su electricidad es suministrada por una compañía diferente, por favor indique:

Nombre de la compañía eléctrica: _____ Número de cuenta: _____

Si su cuenta esta al nombre de otra persona, provea el nombre y dirección de esa persona y su relación a usted.

Nombre: _____ Dirección: _____ Relación: _____

Explique la razón porque su cuenta esta en ese nombre: _____

- La calefacción está incluida en la renta. (Si es así, adjunte una copia de su más reciente recibo de su renta.)

- Otra persona que no vive conmigo paga los gastos de calefacción. Provea el nombre y dirección de esa persona y su relación a usted.

Nombre: _____ Dirección: _____ Relación: _____

Explique la razón porque esa persona paga su cuenta de calefacción: _____

COMPLETAR LAS 4 PÁGINAS Y FIRME LA PÁGINA 4

● 8. INFORMACION ADICIONAL

Yo me enteré del programa de LEAP por la siguiente fuente: (marque sólo una opción):

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> 1-866-HEAT-HELP (432-8435) | <input type="checkbox"/> Centro de ancianos | <input type="checkbox"/> Oficina de Servicios Sociales |
| <input type="checkbox"/> Anuncio de LEAP | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Anuncios | <input type="checkbox"/> PEAK sitio de web |
| <input type="checkbox"/> Compañía de calefacción | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Asientos de espera de autobús | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Recibí la solicitud en el correo | <input type="checkbox"/> LEAP sitio de web | <input type="checkbox"/> Televisión | |

● 9. CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL CLIENTE

La oficina LEAP de Colorado¹ Asistencia Telefónica para Calefacción: (866) 432-8435

(Para obtener una lista de agencias afiliadas que podrían proveerle asistencia, visite la página de Internet de LEAP: www.colorado.gov/cdhs/LEAP)

La oficina LEAP solicita a usted que autorice a su proveedor de servicio de energía para que revele la siguiente información a dicha oficina:

- El historial de consumo de energía y otros detalles de su cuenta tales como facturas de pago por servicios de energía, historial de pagos, saldos atrasados, depósitos pendientes, fecha actual estimada para la suspensión del servicio o fecha de suspensión del servicio, condición actual de sustento de vida, plan de pago, e historial de ayuda en los pagos de energía.
- La información general de su consumo de energía de hasta veinticuatro meses (únicamente indique los montos mensuales). Dicha información es específica para el cliente y se obtiene del medidor de su proveedor de servicio de energía: Electricidad Gas natural.

La oficina LEAP usará esta información para determinar su elegibilidad y asistirlo en su solicitud para participar en los programas de asistencia para gastos de energía. Si usted lo autoriza, la revelación empezará en la fecha que firmó la solicitud y terminará en la fecha que termine su participación en el programa de asistencia en los gastos de energía relevante. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

Favor de tener en cuenta que:

- No se le exige que autorice a su proveedor de servicio de energía para que revelé su información de cliente.
- Su decisión de no autorizar la revelación no afectará sus servicios de energía.
- Su proveedor de servicio de energía no puede revelar información del cliente a menos que: (1) usted lo autorice, (2) los agentes contratistas que realizan los servicios a nombre del proveedor de energía, o (3) lo permita o requiera las leyes o reglamentos.
- Su proveedor de servicio de energía no tendrá control sobre los datos revelados en cumplimiento con este consentimiento, y no será responsable por el monitoreo ni tomará ninguna medida para asegurar que la oficina LEAP mantenga la confidencialidad de la información o el uso que usted autorizó.
- De conformidad con la sección 26-1-114, C.R.S., LEAP no revelara el información privada del solicitante a menos que sea con el propósito de administrar la asistencia pública según está definida por los reglamentos y leyes federales y del estado.

¹LEAP es un Programa de Asistencia para Gastos de Energía para personas de bajos ingresos de Colorado. Este programa es administrado por el Departamento de Servicios Humanos de Colorado y los afiliados de LEAP.

● 10. FIRMA Y CONSENTIMIENTO

Mediante mi firma abajo, entiendo, reconozco y estoy de acuerdo que:

1. Si me llaman del Programa de Climatización, mi rechazo a permitir la climatización en mi casa podría resultar en la negación de los beneficios de LEAP.
2. Mi número de seguro social será usado para solicitar e intercambiar información con otras agencias como parte del proceso de verificación de elegibilidad.
3. El Departamento de Servicios Humanos de Colorado (CDHS, por sus siglas en inglés), podría usar mi número de seguro social para obtener datos de mi sueldo, monto de ingresos no derivados del trabajo, récords de pago de manutención de hijos, ingresos de intereses, beneficios del Seguro Social, jubilaciones, jubilación de empleados ferroviarios, o beneficios de los veteranos. Como parte del proceso de verificación de elegibilidad, el CDHS tiene mi permiso para comunicarse en mi nombre con otras agencias para establecer la elegibilidad.
4. Yo soy el cliente que consta en el récord, el agente autorizado del cliente, o una tercera parte autorizada por la cuenta de servicio de energía identificada en esta solicitud, y autorizo a mi proveedor de servicio de energía para que revele mi información de cliente como se especifica en la sección 10 de esta solicitud.
5. Usted podría cancelar su consentimiento para la revelación de la información de cliente por medio del proveedor de servicio de energía a la oficina de LEAP en cualquier momento mediante el envío de una solicitud escrita con su nombre y dirección de servicio de su proveedor de servicio identificado en la sección 7.
6. Si LEAP repara o reemplaza mi sistema de calefacción y yo no permito acceso a mi vivienda para propósitos de completar el servicio (incluyendo, pero no limitado a, inspecciones del gobierno requeridas por ley), mi rechazo podrá resultar en ser rechazado para todos los beneficios.
7. Es un crimen mentir en la solicitud o recibir beneficios para los cuales yo sé que mi familia y yo no somos elegibles, y yo puedo ser sujeto a ser procesado criminalmente por proporcionar información falsa de manera intencional. Dar información falsa puede ser castigado por una multa de hasta \$250,000 o una sentencia de cárcel de hasta 20 años, o ambos.
8. Una persona declarada culpable de cometer fraude no puede recibir beneficios durante un año para la primera ofensa, dos años para la segunda ofensa y permanentemente por la tercera.

▼ FIRME SU NOMBRE COMPLETO ABAJO ▼

► Firma: _____

Fecha: _____

Mes, Día, Año

La firma de la solicitud debe ser la misma persona listada en #1, página 1
Si alguna persona le ayuda al solicitante a completar esta solicitud, esa persona debe firmar abajo.

Firma de Ayudante

Imprimir el Nombre del Ayudante

Dirección

Teléfono

Fecha

Si desea conocer el estado de su solicitud, llame a HEAT HELP al 1-866-432-8435.