



# Aplicación Para Asistencia LIHEAP

Programa Para Asistencia con los Costos De Energía

## ESTA APLICACIÓN SE PUEDE UTILIZAR SOLAMENTE PARA EL PROGRAMA DE LIHEAP

Conteste todas las preguntas sobre la forma. Debe firmar y fechar la última página de esta aplicación para que sea válida. Si usted quisiera recibir otro tipo de ayuda que ahora no está recibiendo, comuníquese con su trabajador(a) y pídale la aplicación ISD-100 o ISD-SP101.

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	<b>Date Received</b>	<b>Worker Name</b>	<b>Disposition Date</b>
--------------------------------	----------------------	--------------------	-------------------------

### ▼ Sección del APLICANTE ▼

#### 1. Dirección

**Escriba su dirección física y su dirección del correo**

Dirección casera – Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Contacto por Teléfono ( )
Dirección del correo si es diferente de la dirección casera	Ciudad	Estado	Código postal	

#### 2. Usted y La Gente Que Viven Con Usted

**A. Enumere los nombres y la información para cada persona que vive con usted.**

Nombre y Apellido (Usted)	Número Seguro Social	Sexo V = Varón M = Mujer	Fecha De Nacimiento	E d a d	Raza	Ciudadanía E.E.U.U. = Estados Unidos I = Inmigrante	¿Incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**B. ¿Consigue estampillas del comida, Medicaid, o ayuda del efectivo como TANF, GA, o SSI?**  Sí  No

**C. ¿Si usted es americano nativo, vive en su reservación?**  Sí  No **¿Si contestó sí, cual reservación?** \_\_\_\_\_

#### 3. Ingresos

**A. Marque todas las fuentes de los ingresos incluyendo los beneficios recibos por todos los miembros de la casa. Por favor proporcione prueba de los ingresos para cada persona para los últimos 30 días.**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo             | <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo | <input type="checkbox"/> Seguridad Social | <input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador |
| <input type="checkbox"/> Desempleo          | <input type="checkbox"/> Dividendos             | <input type="checkbox"/> Veteranos        | <input type="checkbox"/> Sostenimiento de los Niños |
| <input type="checkbox"/> Pensión por retiro | <input type="checkbox"/> Militar                | <input type="checkbox"/> Dineros Tribales | <input type="checkbox"/> Otro _____                 |

**B. Enumere toda la información de los ingresos para cada miembro de la casa:**

Persona con los ingresos	¿Ingresos de que fuente?	\$ Cantidad Antes de impuestos	¿Con que frecuencia? Semanal, Bisemanal, Mensual Bimensual
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

#### 4. Calefacción y Enfriamiento de Casa y Teléfono

**A. Describe sus costos caseros lo mejor posible?**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vivienda pública – No pago renta   | <input type="checkbox"/> Vivienda pública – Yo pago renta   | <input type="checkbox"/> Rentando – No en Vivienda pública | <input type="checkbox"/> Dueño de una casa |
| <input type="checkbox"/> Viviendo con otros – No pago renta | <input type="checkbox"/> Viviendo con otros – Yo pago renta | <input type="checkbox"/> Otro _____                        |  |

**B. Por favor escoja una cuenta de calefacción o enfriamiento con que desea ayuda.**

Propano/butano  
 Electricidad

Gas Natural  
 Carbón

Leña  
 Otro \_\_\_\_\_

**C. ¿Se incluye esta cuenta de energía en su pago de renta?**  Sí  No

**D. ¿Que es el nombre de la compañía de energía, proveedor del combustible o el dueño a quien le paga?** \_\_\_\_\_

**E. ¿Si esta cuenta no está en su nombre, que es el nombre del cliente en la cuenta?** \_\_\_\_\_

**F. ¿Que es el número de la cuenta?** \_\_\_\_\_

**G. ¿Cuanto fue su cuenta mensual mas alta de los ultimo 12 meses? \$** \_\_\_\_\_

**Por favor proporcione una copia de su cuenta o recibos para el combustible.** Si es elegible, HSD enviará su pago al proveedor de su calefacción o del combustible a menos que él no acepte pagos de LIHEAP.

**H. Por favor díganos algunas cosas sobre su cuenta del teléfono.** Si usted es elegible para LIHEAP, puede ser elegible para un descuento del teléfono a partir de una compañía del teléfono. No todas las compañías del teléfono ofrecen este descuento. HSD notificará las compañías del teléfono que ofrecen este descuento.

**I. ¿A quien le paga?** (Nombre de la compañía)

**J. ¿Nombre que está en la cuenta?**

**K. ¿Cuál es el número de Cuenta?**

**5. Su Firma**

**Debe firmar esta aplicación para que sea válida. Su aplicación no será procesada sin su firma.**

- Le he dado información a HSD que es verdadera, correcta y completa.
- Yo entiendo que haciendo declaraciones falsas o escondiendo información pudiera significar penas federales o estatales.
- Daré prueba de las cosas que le ha reportado a HSD. Si no puedo conseguir la prueba, sé que puedo pedir asistencia de HSD y dejaré que contacten a la gente, y las compañías nombradas para conseguir la prueba.
- Permitiré que HSD de información limitada a las agencias aprobadas que proporcionan la otra ayuda de la energía/deo programa de climatización para cual puedo ser elegible.
- Permitiré que HSD de información a las agencias aprobadas que proporcionan mi calefacción, enfriamiento, y servicios telefónicos para proporcionar beneficios federales y del estado.
- Entiendo que si yo recibo beneficios por cual no calificué, es posible yo tendré que compensar a HSD por estos beneficios.
- Sé que HSD comprobará la información que doy. HSD puede utilizar las computadoras para comprobar la información sobre esta forma.

**Afirmo bajo pena del perjurio que las declaraciones hechas sobre personas en mi hogar, renta, y el resto de la información que he dado a HSD es verdadera y correcta.**

**► Firme Aquí**  \_\_\_\_\_

**Fecha de Hoy** \_\_\_\_\_

**Si Pide Una Audiencia Justa:** Si no esta en acuerdo con la decisión que hacemos acerca su caso, puede pedir una audiencia justa, en persona, por teléfono o en escritura. Puede escribir una carta a la Oficina de Audiencias Justas del Departamento de Servicios Humanos al. PO Box 2348 Santa Fe, NM 87504 o llame 1-800-432-6217 or (505) 827-8164. Antes de su audiencia tiene derecha de mirar su archivo de su caso y cualquier expediente que HSD ha usado para determinar su caso. Usted puede preguntarle a un miembro de su familia, un miembro de la casa o alguien otro como un amigo que representa su casa en la audiencia justa. También tiene la derecha a la representación de un abogado o del otro representante legal en su audiencia justa.

**Declaración de Derechos Civiles** – Todos los programas administrados por el Departamento de Servicios Humanos (HSD) son programas de oportunidades iguales. Si usted cree que le han tratado injustamente debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas, o incapacidad, usted puede presentar una queja. Las quejas de discriminación se pueden presentar en la oficina central del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México, o en la oficina local de su condado. Las quejas de discriminación sobre el programa de las estampillas de alimento se pueden presentar con el USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Bldg., 1400 Independence Ave. S.W., Washington, DC 20250-9410 o llame (202) 720-5964 (voz y TDD). Las quejas de discriminación sobre los programas de Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica se pueden presentar con la Office of Civil Rights, Department of Health and Human Services, 1301 Young Street Suite 1169, Dallas, TX 75202 o llame (800) 368-1019 (voz) y (214) 767-8940 (TDD). (12/31/03)

**¿Nesesita ayuda completando ésta aplicación?** Si el ingles no es su lengua su primera lengua o tiene deficiencias auditivas: Podemos proveer alguien que puede ayudarle a entender las preguntas en la entrevista. Este servicio también estará disponible en otras veces si usted necesita divulgar cambios o tiene preguntas sobre su caso. **Si usted quisiera que alguien otro complete ésta forma para usted:** Si necesita la ayuda para completar esta forma, alguien otro puede hacer esto para usted. La persona que le ayuda le llaman a representante autorizado



Información Especial de las Necesidades - Si Ud. es una persona que tiene discapacidad y requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia publica, programa o servicio, comuníquese con el personal del departamento de servicios humano de NM gratis y llame al numero 1-800-283-4465, o a través del sistema de relais de Nuevo México TDD en 1-800-659-8331. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos de 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos y acomodamientos especiales que solicite. (04-23-01)

**Su Privacidad:** Solamente pedimos la información que necesitamos para determinar si usted puede conseguir ayuda. Puede elegir darnos la información, pero si no nos da toda la información que necesitamos, puede recibir menos beneficios o ningunos beneficios. También comprobamos con otras agencias y el servicio federal de la verificación de la elegibilidad (IEVS) sobre la información que usted nos da. Si alguien en su hogar es un criminal que huye, también podemos avisarle a los propios oficiales de seguridad pública.