



# 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>	Date Received	Worker Name	Disposition Date
--------------------------------	---------------	-------------	------------------

▼ **Sección del APLICANTE** ▼

## 1. Dirección

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

Dirección residencial – Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Contacto por Teléfono ( )
Dirección del correo si es diferente de la dirección residencial	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.** Solo usted tiene que escribir el Número de su Seguro Social y escriba la información de ciudadanía de las personas de parte de quién usted está solicitando asistencia

Nombre y Apellido	Número Seguro Social	Sexo V = Varón M = Mujer	Fecha De Nacimiento	Edad	Raza	Ciudadano E.E.U.U. = Estados Unidos I = Inmigrante	¿Incapacitado?
(Usted)							<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 en 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 Aire Acondicionado 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 aire acondicionado 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. ¿Qué 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. ¿Qué es el número de la cuenta?** \_\_\_\_\_

**G. ¿Cuánto fue su cuenta mensual más 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 y rechazo de asistencia.
- 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 la gente, y las compañías nombradas para conseguir la prueba.
- Permitiré que HSD dé 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 dé 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 califiqué, 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** \_\_\_\_\_

## Registro para Votar Aquí

**¿SI USTED NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN EL LUGAR DONDE VIVE AHORA, QUIERE UD. REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ HOY?**  Sí  No (Escoja uno)


**SI Ud. NO PONE SU MARCA EN CUALQUIERA DE LOS CUADRADOS NO SE REGISTRÁ PARA VOTAR AHORA.**

La **LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES** pone a su disposición la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si ud. desea que alguna persona le ayude a llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. Usted es la única persona que puede decidir si necesita ayuda o no. Usted puede llenar la forma de solicitud en privado.

**IMPORTANTE:** Aplicar para registrar o declinar para registrar a votar **NO AFECTARÁ** la ayuda que se le proporcionará por esta agencia.

Firma	Fecha
-------	-------

**CONFIDENCIALIDAD:** Si ud. decide registrarse o no, la decisión que ud. tome permanecerá confidencial. **SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA INTERVENIDO CON** su derecho de registrarse para votar ó declinar de registrarse para votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad en decidir si se registra para votar o al indicar que desea registrare, o su derecho a elegir el partido político, Ud. puede presentar su queja a la Oficina de la Secretaria de Estado, 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503 (teléfono: 1-800-477-3632). (12/01/09)

Información para Aplicante	
<b>Información de Necesidades Especiales</b> 	<p>Si Ud. es una persona que tiene incapacidad y Ud. 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 humanos de NM gratis y llame al número 1-800-432-6217, o a través del sistema de relais de Nuevo México TDD en 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos de 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos a y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (08/22/08)</p>
<b>Derechos Civiles</b>	<p>Todos los programas administrados por el Departamento de Servicios Humanos (HSD) son programas de oportunidades iguales. Si usted cree que ha sido tratado injustamente debido a la raza, el color, origen nacional, la edad, la incapacidad, y donde aplicable, el sexo, el estado civil, estatus familiar, estatus paternal, la religión, orientación sexual, información genética, las creencias políticas, la represalia, o porque todo o la parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de ayuda estatal, puede presentar una queja.</p> <p>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 Ayuda de Nutrición Suplemental--SNAP (anteriormente conocido como el programa de estampillas para comida) se pueden presentar con el USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 o llame 1-800-795-3272 o 202-720-6382 (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 1-800-368-1019 (voz) o 214-767-8940 (TDD). (09/02/09)</p>
<b>Su Privacidad</b>	<p>La información usted da a HSD será utilizada para determinar si su casa tiene elegibilidad o continúa a tener elegibilidad para participar en los programas de HSD. Verificaremos esta información por programas de computadora. Esta información también será utilizada para asegurar de que usted sigue las reglas del programa y para ayudarnos a manejar el programa.</p> <p>Esta información puede ser dada a otras agencias Federales y del Estado para examen oficial, y a oficiales de la ley para el propósito de encontrar a personas que huyen para evitar la ley.</p> <p>If you get benefits that you were not eligible for and have to pay them back, this is called a claim. If your household gets a claim against your household, the information on this application, including all Social Security Numbers, may be given to Federal and State agencies, as well as private claims collection agencies, for claims collection action.</p> <p>Si usted recibe beneficios de que usted no fue elegible y tiene que pagarlos, esto se llama un reclamo. Si su casa recibe un reclamo contra su casa, la información en esta aplicación, incluyendo todos los números del seguro social, pueden ser dados a agencias Federales y del Estado, así como agencias privadas de colección de reclamos, para la acción de colección de reclamos.</p> <p>Dar la información solicitada, incluyendo números del seguro social de cada miembro de la casa es voluntario. Sin embargo, no dar un número de seguro social tendrá como resultado la negación de beneficios del programa a cada individuo que no da un número del seguro social. Cualquier número de seguro social proporcionado será utilizado y será revelado en la misma manera que números de seguro social de miembros de la casa que son elegibles. Dentro de diez (10) días de la fecha del cambio o como de otro manera sea necesaria.</p> <p>Nosotros también verificamos con otras agencias, el Servicio de Verificación de Elegibilidad e Ingresos Federales (IEVS) y el Sistema de Información Reportada de Asistencia Pública (PARIS) acerca de la información que usted nos da. Ésta información puede afectar su elegibilidad de la casa y cantidad de beneficio. (10/23/2009)</p>
<b>Derechos a Audiencias Justas</b>	<p>Si Ud. no está de acuerdo con decisiones que tomen sobre cualquier asunto respecto o sobre la participación de las personas que viven con Ud. en su casa en cualquier programa del Departamento de Servicios Humanos, Ud. o su apoderado tiene derecho de solicitar una audiencia justa. Ud. puede solicitar una audiencia justa ya sea oralmente o por escrito, hasta 90 días a partir de la fecha en que le enviaron la decisión de su caso por correo.</p> <p>Ud. tiene el derecho de examinar el expediente de su caso y todos los documentos utilizados para determinar las medidas que aplicaron. Ud. mismo puede presentar su caso, u otra persona que vive con Ud. u otra persona (por ejemplo, un amigo o pariente) que Ud. escoge puede representarlo. Ud. tiene el derecho que, en la audiencia, un abogado represente a Ud. y a las personas que viven con Ud.</p>
<b>Si Necesita Más Información</b>	<p>Llame a 1-800-432-6217  o visite la página del Departamento de Servicios Humanos en: <a href="http://www.state.nm.us/hsd/isd.html">http://www.state.nm.us/hsd/isd.html</a>  <b>El Departamento de Servicios Humanos es un proveedor de oportunidad igual para todos</b></p>