

Manual Revision Memorandum

ISD-MR 16-14

TO: ISD Employees
FROM: Sean Pearson, Deputy Cabinet Secretary, Income Support Division 
RE: Forms Manual Revision for LHP 602 & LHPSP 602
DATE: August 31, 2016

This MR is being sent for LIHEAP forms LHP 602 and LHPSP 602 that have been modified to include readability, translation changes and revised energy consumption, race and ethnicity questions.

Use of the revised forms will be in effect immediately.

Instruction:

Replace all previous versions of the forms listed below. All previous versions of the form listed in this MR must be removed from any current stock.

Delete- LHP 602, "LIHEAP Application" Revised 12/2/2015
LHPSP 602, "Aplicación Para Asistencia LIHEAP" Revised 12/2/2015

Replace- LHP 602, "LIHEAP Application" Revised 8/31//2016
LHPSP 602, "Aplicación Para Asistencia LIHEAP" 8/31/2016

These forms have been posted to the forms drive (:\DITSFASV025\ISDForms)

If you have any questions please contact Sharon Rivera at 505-827-7267 or Sharonm.Rivera@state.nm.us.

New Mexico Human Services Department - Income Support Division



LIHEAP Application

Low Income Home Energy Assistance Program

Si Ud. necesita este formulario en español, comuníquese con su trabajador(a)

THIS APPLICATION MAY ONLY BE USED FOR THE LIHEAP PROGRAM

Answer all the questions on the form. You must sign and date the last page of this application or it will not be valid. If you want to get another type of help that you do not already get, please contact your caseworker and ask for an HSD-100 or HSDSP-100 application form.

1. Address

Write in your current physical and mailing address

Physical Address (your Home Address)	City	State	Zip Code	Telephone Contact # ()
Mailing Address (if different from your Home Address)	City	State	Zip Code	

2. You, and People Who Live with You

A. List names and information for yourself and all the people who live with you. You only have to give a Social Security Number and citizen information for the person(s) who want or will get help.

Name (First and Last)	Relationship	Social Security #	Gender M = Male F = Female	Date of Birth	Age	Race 1-5 (see below optional)	Tribal Affiliation	Ethnicity Hispanic Y/N (Optional)	Citizenship Immigration Status 1-23 (see below)	Disabled? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	(Self)									<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

RACE: For each person applying for help, choose from the numbers below that best describe their Race and write the numbers above.

1-American Indian Alaskan Native	2 - Asian	3 -Black or African American	4- Native Hawaiian or Pacific Islander	5 - White	6 -Other
----------------------------------	-----------	------------------------------	--	-----------	----------

Citizenship Immigration States: For each person applying for help, choose from the numbers below that best describe their US Citizenship Immigration status and write the numbers above.

1-U.S. Citizen	2-Lawful Permanent Resident (LPR)	3- Lawful Temporary Resident (LTR)	4-Asylee	5-Refugee	6-Cuban/Haitian Entrant
7- Paroled into the U.S.	8- Conditional entrant granted before 1980	9-Battered spouse, parent or child	10- Victim of trafficking and spouse, child, sibling, parent	11- Individual with non-immigrant status (includes individuals with visas, and citizens of Micronesia, the Marshall Islands and Palau)	12-Granted or Applicant for Temporary Protected Status
13- Deferred Enforced Departure	14- Deferred Action Status	15- Granted withholding of deportation or withholding of removal	16- Applicant for withholding of deportation or withholding of removal	17- Applicant for special immigrant status with approved visa petition	18- Applicant for adjustment to LPR status, with approved visa petition
19- Applicant for Asylum	20- Registry applicant with Employment Authorization Documented (EAD)	21- Order of Supervision (with EAD)	22- Applicant for cancellation of removal or suspension of deportation (with EAD)	23- Other/Unsure	

B. If you are Native American, do you live on your Reservation? Yes No If Yes, which one? _____

C. Do you get SNAP, Medicaid, or Cash Assistance like TANF, GA, or SSI? Yes No

3. Income

A. Checkmark all sources of income (and benefits/help, if any) for all household members and attach proof of the income for the last 30 days.

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Employment | <input type="checkbox"/> Cash Assistance | <input type="checkbox"/> Social Security | <input type="checkbox"/> Workers Compensation |
| <input type="checkbox"/> Unemployment | <input type="checkbox"/> Dividends | <input type="checkbox"/> Veterans' Compensation | <input type="checkbox"/> Child Support |
| <input type="checkbox"/> Retirement | <input type="checkbox"/> Military | <input type="checkbox"/> Tribal monies | <input type="checkbox"/> Other _____ |

B. Tell us about the income for each person who lives in your home:

Person with Income	Income From?	\$ Amount (Before Taxes)	How Often? Weekly, Biweekly, Monthly, Semi-Monthly
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

4. Home Heating or Cooling

A. What do you pay for your home?

- Public Housing – \$0 rent
 Public Housing – I pay rent
 Renting – Not Public Housing
 Home Owner
 Living with Others –\$0 rent
 Living with Others – I pay rent
 Other _____

B. Do you need LIHEAP for: Heating or Cooling

C. Please choose one heating or cooling energy bill that you want help with and attach proof of the expense.

- Propane/Butane Natural Gas Wood
 Electric Coal Other _____

D. Do you have an energy emergency? Yes No

If Yes, check any of the items listed below that apply to you today.

- Furnace/boiler/heat system does not work
 I am out of fuel (propane, wood, pellets, coal, oil)
 I have less than 10% fuel left (propane, wood, pellets, coal, oil)
 I need money for a utility/fuel deposit
 Disconnected - my fuel supplier has ALREADY turned off my service(s)
 Disconnection Notice - my fuel supplier has NOT turned off my service(s), but said they will if I can not pay for the service(s)

E. Is the energy emergency life-threatening? Yes No

F. Do you get subsidized help for this energy bill? Yes No

G. Do you pay for this energy bill as part of your rent payment? Yes No

H. What is the name of the energy company, fuel provider, or landlord that you pay? _____

I. If this energy bill is not in your name, what is the customer's name on the account? _____

J. What is the Account Number? _____

K. How much was your highest monthly bill in the last 12 months? \$ _____

***Please provide a copy of your bill or receipts for fuel. If eligible HSD will send your payment to your heating or cooling fuel provider unless they do not accept LIHEAP payments.*

5. Main Home Heating Usage *You must fill out this part to get LIHEAP.

A. What is your main heat source? (This is the fuel used to run the main heat sources for the home.) Choose one:

- Same as above in Section 4
 (If checked, skip Sections 5E-5H)
 Natural Gas Wood Electric Propane/Butane
 Coal Other _____

B. If you do not use any other energy than what you need LIHEAP help with, check this box:

Explain why: Homeless Rural Area No Utilities Available Other _____

C. Is this a meter shared with another home? Yes No

D. Is there a business use on this account? Yes No

E. What is the name of the energy company, fuel provider, or landlord that you pay? _____

F. If this energy bill is not in your name, what is the customer's name on the account? _____

G. What is the Account Number? _____

H. How much do you pay for fuel each year? \$ _____

6. Electric Information

A. Do you have an electric account? Yes No If No, why? Homeless Rural Area No Utilities Available
Other _____

If yes, please complete the section below.

If your heating source in Section 5 is Electric or you selected "NO" above, DO NOT complete the section below:

B. Is this a meter shared with another home? Yes No

C. Is there a business use on this account? Yes No

D. What is the name of the energy company, fuel provider, or landlord that you pay? _____

E. If this energy bill is not in your name, what is the customer's name on the account? _____

F. What is the Account Number? _____

G. How much do you pay for fuel each year? \$ _____

7. Telephone Assistance

If you can get LIHEAP, you may also be able to pay less (get a discount) for telephone from one telephone company. Not all telephone companies offer this discount. Please contact your telephone company for more details.

8. Your Signature

You must sign this form to make this application valid. Your application will not be processed unless signed

- I have given HSD true, correct and complete information
- I understand that making false statements or hiding information could mean state and federal penalties and denial of assistance
- I will give proof of things I report to HSD. If I cannot get proof, I know that I can ask HSD to help me and I will let HSD contact other people, and companies to get proof
- I will let HSD give limited information to approved agencies which provide other energy/weatherization help for which I may be eligible
- I will let HSD give limited information to my heating, cooling, and telephone service providers in order to provide federal and state benefits
- I understand that if I receive benefits I am not eligible for, that I may have to pay HSD back for those benefits
- I know that HSD will check the information that I give. HSD may use computers to check the information on this form
- I understand that by providing the account numbers for my household energy supplier(s) I am authorizing the energy provider(s) to provide details about the account and energy use to HSD for the purpose of eligibility and determination of this and future application, benefit determination, and program evaluation and analysis
- I understand that by providing application information I am authorizing HSD and its authorized agents to share and report the data provided against federal, state, county, energy provider, employer and landlord databases or records
- I understand if eligible for energy assistance benefits, I may be referred to other residential energy programs
- I understand the information collected on this form may be disclosed to energy programs operating under HSD. HSD may share and use information collected for purposes of referral, research, evaluation and analysis
- I understand that my utility companies will not have control over the data disclosed pursuant to this consent, and will not be responsible for monitoring or taking steps to ensure that HSD maintains the confidentiality of the data or uses the data as authorized

I agree under penalty of perjury that the statements I made about persons in my home, income, and all other information I have given HSD are true and correct.

► Sign Here ~~X~~ _____

Today's Date _____

You Can Register to Vote Here

If YOU are NOT registered to vote where you live now, **Would you like to register to vote here today?** (Please check one) Yes No IF YOU DO NOT CHECK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME.

The NATIONAL VOTER REGISTRATION ACT provides you with the opportunity to register to vote at this location. If you would like help in filling out a voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

IMPORTANT: Applying to register or declining to register to vote WILL NOT AFFECT the amount of assistance that you will be provided by this agency.

Signature	Date
-----------	------

CONFIDENTIALITY: Whether you decide to register to vote or not, your decision will remain confidential. IF YOU BELIEVE THAT SOMEONE HAS INTERFERED with your right to register or to decline to register to vote, or your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Office of the Secretary of State, 419 State Capital, Santa Fe, NM, 87503 (phone: 1-800-477-3632). (12/01/09)

**Drop off your signed application at your local Income Support Division (ISD) office or mail it to:
Central ASPEN Scanning Area (CASA)
PO BOX 830
Bernalillo, NM 87004
or Fax to 1-855-804-8960**

**or
You may apply for LIHEAP help online at:
www.yes.state.nm.us**

If you have questions regarding LIHEAP call our Customer Service Center at 1-800-283-4465

Notice of Rights



Special Needs Information If you are a person with a disability and you require this information in an alternative format, or require a special accommodation to participate in any public hearing, program or services, please contact the Human Services Department, American Disabilities Act (ADA) coordinator at (505) 827-7701 or through the New Mexico Relay System TDD at (800) 659-8331 or by dialing 711. The Department requests at least 10 days advance notice to provide requested alternative formats and special accommodations. (Revised 09/15/14)

Your Civil Rights Nondiscrimination Statement

This institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex and in some cases religion or political beliefs.

The U.S. Department of Agriculture also prohibits discrimination based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027), found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992.

Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish or call the [State Information/Hotline Numbers](#) (click the link for a listing of hotline numbers by State); found online at: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

To file a complaint of discrimination regarding a program receiving Federal financial assistance through the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), write: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (800) 537-7697 (TTY).

This institution is an equal opportunity provider. (Revised 10/14/15)

To file a complaint through HSD of discrimination and/or rude treatment regarding a program receiving Federal or State financial assistance, a complaint form is available at the ISD office or you may write to: NM Human Services Department, ISD Civil Rights Director, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348 or by fax (505) 827-7241.

Confidentiality


All information you give to HSD is confidential. This information will be given to HSD employees who need it to manage the programs for which you have applied. Confidential information may also be released to other federal and state agencies. All information will be used to determine eligibility and/or to provide services. (Revised 07/15/14)

This information may be given to other Federal and State agencies for official examination, and to law enforcement officials for the purpose of picking up persons fleeing to avoid the law. 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 it, 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. You only have to give U.S. Citizenship and Social Security Numbers for those household members that you are applying for. You do not need to be a U.S. Citizen to apply.

Receiving SNAP/food, energy or medical assistance will not prevent you from becoming a lawful permanent resident or U.S. Citizen. Non-citizen immigrants not requesting assistance for themselves, do not need to give immigration status information, Social Security Numbers, or other similar proofs; however, they must give proof of income and things they own because part of their income and things they own may count towards the household's eligibility for assistance. Certain benefits may be available for people without a Social Security Number; ask ISD.

We also check with other agencies, the federal Income and Eligibility Verification Service (IEVS) and The Public Assistance Reporting Information System (PARIS) about the information that you give us. This information may affect your household eligibility and benefit amount.

YOUR RIGHT TO A FAIR HEARING

What is a Fair Hearing and why should I ask for one?	A Fair Hearing gives you the chance to explain why you think there has been a wrong decision made about your benefits. Hearings are held over the phone with a hearing officer. The hearing officer will hear information from you and from the Income Support Division and decide whether the decision was right or wrong.
Can I get help with my hearing?	You can have a friend or family member participate in the hearing with you. You may also be able to get free legal help. To learn more about free legal help, call Law Access New Mexico at (800) 340-9771.
How long do I have to ask for a hearing?	You must request a hearing within 90 days from the date of the adverse action you are appealing. You may be able to get more time to ask for a hearing if you have a good reason, like illness or another circumstance beyond your control.
Can I keep my benefits if I request a hearing?	If you are already getting benefits, you may be able to continue receiving benefits while you wait for your hearing if you request your hearing within 13 days of the adverse action date. If the hearing decision is not in your favor, you may have to pay back the benefits you received while waiting for your hearing.
How do I ask for a hearing?	You can request a hearing by filling out the form on the other side of this form and mailing or faxing it to: Human Services Department - Fair Hearings Bureau P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348 Fax # (505) 476-6215 You can request a hearing over the phone by calling (800) 432-6217 option 6. You can also request a hearing in person at your local Income Support Division office.
Special Needs Information 	If you are a person with a disability and you require this information in an alternative format, or require a special accommodation to participate in any public hearing, program or services, please contact the Human Services Department, American Disabilities Act (ADA) coordinator at (505) 827-7701 or through the New Mexico Relay System TDD at (800) 659-8331 or by dialing 711. The Department requests at least 10 days advance notice to provide requested alternative formats and special accommodations. (Revised 09/15/14)
If you need an interpreter	You have a right to a free interpreter. Let HSD know if you need an interpreter before or during the hearing by calling: (800) 432-6217 option 6.



Solicitud para LIHEAP

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos

Si Ud. necesita este formulario en español, comuníquese con su trabajador(a)

ESTA SOLICITUD SOLO DEBE USARSE PARA EL PROGRAMA LIHEAP

Responda todas las preguntas del formulario. Debe firmar y poner la fecha en la última página de esta solicitud o no será válida. Si desea obtener otro tipo de asistencia que aún no recibe, comuníquese con su trabajador del caso y pida un formulario de solicitud HSD-100 o HSDSP-100.

1. Dirección

Escriba su dirección física actual y su dirección postal

Dirección física (la dirección de su hogar)	Ciudad	Estado	Código postal	Numero de teléfono de contacto ()
Dirección postal (si es diferente de la dirección física)	Ciudad	Estado	Código postal	

2. Usted y las personas que viven con usted

A. Indique los nombres y la información de usted y de todas las personas que viven con usted. Solo debe dar un número de Seguro Social y la información de ciudadanía para las personas que desean obtener o que obtendrán asistencia

Nombre (Nombre y apellido)	Relación	Número de Seguro Social	Género M = Masculino F = Femenino	Fecha de nacimiento	E d a d	Raza 1-5 (ver) a continuación (opcional)	Afiliación tribal	Etnia Hispana S/N (Opcional)	Ciudadanía/ Estado inmigratorio 1-23 (ver a continuación)	¿Es discapacitado?
	(Uno mismo)									<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

RAZA: Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su raza y escriba los números más arriba.

1 - Indígena americano nativo de Alaska	2 - Asiático	3 - Negro o afroamericano	4 - Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	5 - Blanco	6 - Otra
---	--------------	---------------------------	---	------------	----------

Ciudadanía/Estado inmigratorio: Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su ciudadanía estadounidense o estado inmigratorio y **escriba los números más arriba.**

1 - Ciudadano estadounidense	2 - Residente legal permanente (LPR)	3 - Residente legal temporal (LTR)	4 - Asilado	5 - Refugiado	6 - Inmigrante cubano/haitiano
7 - Refugiado político en EE UU.	8 - Inmigrante condicional aceptado antes de 1990	9 - Cónyuge, padre/madre o hijo golpeado	10 - Víctima de tráfico y cónyuge, hijo, hermano, padre/madre	11 - Persona con estado no de inmigrante (incluye a personas con visas y a ciudadanos de Micronesia, las islas Marshall y Palau)	12 - Solicitante o beneficiario de estado protegido temporal
13 - Partida obligatoria diferida	14 - Estado de acción difiendo	15 - Beneficiario de retención de deportación o retención de remoción	16 - Solicitante de retención de deportación o retención de remoción	17 - Solicitante de estado de inmigrante especial con petición de visa aprobada	18 - Solicitante de ajuste de estado de LPR, con petición de visa aprobada
19 - Solicitante de asilo	20 - Solicitante de registro con documento de autorización de empleo (EAD)	21 - Orden de supervisión (con EAD)	22 - Solicitante de cancelación de remoción o suspensión de deportación (con EAD)	23 - Otro/no está seguro	

B. Si usted es indígena americano nativo, ¿vive en su Reserva? Sí No Si contestó Sí, ¿en cuál? _____

C. ¿Obtiene SNAP, Medicaid o asistencia en efectivo, como TANF, GA o SSI? Sí No

3. Ingresos

A. Marque todas las fuentes de ingresos (y beneficios/asistencia, si hubiera) para todos los miembros del hogar y adjunte una prueba de los ingresos de los últimos 30 días.

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo | <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Dividendos | <input type="checkbox"/> Compensación de veteranos | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de niños |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Institución militar | <input type="checkbox"/> Dinero tribal | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

B. Cuéntenos sobre los ingresos de cada persona que vive en su hogar:

Persona con ingreso	¿De dónde proviene el ingreso?	Monto en \$ (Antes de pagar impuestos)	¿Con qué frecuencia? Semanal, bimensual, mensual, quincenal
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

4. Calefacción o refrigeración del hogar

A. ¿Qué paga por su hogar?

- Vivienda pública: alquiler de \$0
 Vivienda pública: pago un alquiler
 Alquiler: no es una vivienda pública
 Propietario de la vivienda
 Vivo con otras personas: alquiler de \$0
 Vivo con otras personas: pago un alquiler
 Otro _____

B. Para qué necesita LIHEAP: Calefacción Refrigeración

C. Elija una cuenta energética de calefacción o refrigeración para la que necesite asistencia y adjunte una prueba del gasto.

- Propano/Butano Gas natural Madera
 Electricidad Carbón Otra _____

D. ¿Tiene una emergencia de energía? Sí No

Si contestó Sí, marque todos los puntos indicados a continuación que se apliquen a usted hoy.

- El sistema de horno/calderas/calefacción no funciona
 No tengo combustible (propano, madera, granulado, carbón, aceite)
 Me queda menos del 10 % de combustible (propano, madera, granulado, carbón, aceite)
 Necesito dinero para un depósito de combustible/servicio public
 Me desconectaron: el proveedor de combustible YA me cortó el servicio
 Aviso de desconexión: el proveedor de combustible NO me cortó el servicio, pero dijo que lo haría si no puedo pagar el servicio

E. ¿Esta emergencia de energía pone en peligro su vida? Sí No

F. ¿Recibe asistencia subsidiada para esta cuenta de energía? Sí No

G. ¿Paga esta cuenta de energía como parte del pago de su alquiler? Sí No

H. ¿Cómo se llama la compañía de energía, el proveedor de combustible o el locador al que le paga? _____

I. Si esta cuenta de energía no está a su nombre, ¿cuál es el nombre del cliente que aparece en la cuenta? _____

J. ¿Cuál es el número de cuenta? _____

K. ¿De cuánto fue la cuenta mensual más alta que pagó en los últimos 12 meses? \$ _____

****Proporcione una copia de su cuenta o recibos de combustible. El HSD le enviará el pago a su proveedor de combustible para calefacción o refrigeración a menos que este no acepte pagos del LIHEAP.**

5. Uso de la calefacción del hogar principal *Debe completar esta parte para obtener LIHEAP.

A. ¿Cuál es su fuente de calefacción primaria? (Este es el combustible que se usa para hacer funcionar las fuentes de calefacción primarias para el hogar). Seleccione una opción:

- Igual que arriba en la sección 4
(Si marca esta opción, omita las secciones 5E-5H)
- Gas natural Madera Electricidad Propano/Butano
 Carbón Otra _____

B. Si no usa ninguna otra energía además de la que necesita asistencia de LIHEAP, marque esta casilla:

- Explique la razón: Indigente Área rural Servicios públicos no disponibles Otra _____

C. ¿Comparte este medidor con otra vivienda? Sí No

D. ¿Esta cuenta es de uso comercial? Sí No

E. ¿Cómo se llama la compañía de energía, el proveedor de combustible o el locador al que le paga? _____

F. Si esta cuenta de energía no está a su nombre, ¿cuál es el nombre del cliente que aparece en la cuenta? _____

G. ¿Cuál es el número de cuenta? _____

H. ¿Cuánto paga de combustible cada año? \$ _____

6. Información sobre electricidad

A. ¿Tiene una cuenta de electricidad? Sí No Si contestó No, ¿por qué? Indigents Área rural
 Servicios públicos no disponibles Otra _____

Si contestó sí, complete la sección a continuación.

Si la fuente de calefacción en la sección 5 es Electricidad o si seleccionó "NO" antes, NO complete la sección a continuación:

B. ¿Comparte este medidor con otra vivienda? Sí No

C. ¿Esta cuenta es de uso comercial? Sí No

D. ¿Cómo se llama la compañía de energía, el proveedor de combustible o el locador al que le paga? _____

E. Si esta cuenta de energía no está a su nombre, ¿cuál es el nombre del cliente que aparece en la cuenta? _____

F. ¿Cuál es el número de cuenta? _____

G. ¿Cuánto paga de combustible cada año? \$ _____

7. Asistencia telefónica

Si puede obtener LIHEAP, es posible que también pueda pagar menos (recibir un descuento) por el teléfono de una compañía telefónica. No todas las compañías telefónicas ofrecen este descuento. Para obtener más detalles, comuníquese con su compañía telefónica.

8. Su firma

Debe firmar este formulario para que esta solicitud tenga validez. No se procesará su solicitud a menos que esté firmada

- He proporcionado información verdadera, correcta y completa al HSD
- Comprendo que hacer declaraciones falsas u ocultar información podría implicar multas estatales y federales, y negación de asistencia
- Proporcionaré pruebas de las cosas que informo al HSD. Si no puedo obtener pruebas, sé que puedo pedirle ayuda al HSD y permitiré que el HSD se comunique con otras personas y compañías para obtener pruebas
- Dejaré que el HSD brinde información limitada a las agencias aprobadas que prestan ayuda relacionada con los servicios de energía y climatización para los que soy elegible
- Dejaré que el HSD brinde información limitada a mis proveedores de servicios de calefacción, refrigeración y teléfono con el fin de proporcionar beneficios federales y estatales
- Comprendo que si recibo beneficios para los que no soy elegible, podría tener que devolver dichos beneficios al HSD
- Sé que el HSD revisará la información que proporcioné. El HSD podría usar computadoras para revisar la información en este formulario
- Entiendo que al proporcionar los números de cuenta para los proveedores de energía de mi familia estoy autorizando a los proveedores de energía a que proporcionen detalles sobre la cuenta y el uso de energía al HSD para fines de elegibilidad y determinación de esta y otras solicitudes futuras, determinación de beneficios, y evaluación y análisis de programas
- Entiendo que al proporcionar la información de la solicitud autorizo al HSD y a sus agentes autorizados a que compartan e informen los datos proporcionados frente a bases de datos o registros federales, estatales, de condados, de proveedores de energía, de empleadores y de locadores
- Entiendo que si soy elegible para beneficios de asistencia de energía, es posible que me deriven a otros programas de energía residencial
- Entiendo que la información que se recopila en este formulario se puede divulgar a programas de energía que operan de acuerdo con el HSD. El HSD puede compartir y usar información recopilada con fines de derivación, investigación, evaluación y análisis
- Entiendo que mis compañías de servicios públicos no controlarán los datos divulgados según este consentimiento y no serán responsables del monitoreo o de tomar medidas para garantizar que el HSD mantenga la confidencialidad de los datos o use los datos según se ha autorizado

Acepto, bajo pena de perjurio, que las declaraciones realizadas sobre las personas en mi hogar, los ingresos y demás información entregada al HSD son verdaderas y correctas.

► **Firme aquí X** _____

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)

Enviar la aplicación firmada a la oficina local de la División de Asistencia Económica (ISD) o por correo a:

Central ASPEN Scanning Area (CASA)
PO BOX 830
Bernalillo, NM 87004
O Fax to 1-855-804-8960

O

Usted puede aplicar para asistencia de LIHEAP en línea en:
www.yes.state.nm.us

**Si tiene preguntas acerca de LIHEAP llaman a nuestro Centro de Servicio al Cliente al
1-800-283-4465**

AVISO DE DERECHOS



Información de Necesidades Especiales Si Ud. es una persona con alguna incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere algún tipo de acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicios, por favor comuníquese con el Coordinador de La Ley de Estadounidenses con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos llamando al número 1-505-827-7701, o a través del Sistema de Retransmisión de Nuevo México TDD al 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El Departamento solicita la comunicación previa de por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (Revisado 09/15/14)

Sus Derechos Civiles / Declaración de no discriminación Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#) (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (Revisado 10/14/15)

Para presentar una queja a través de HSD de la discriminación y/o el tratamiento grosero con respecto a un programa donde reciba asistencia financiera federal o estatal, un formulario de queja está disponible en la oficina de ISD o usted también puede escribir a: NM Human Services Department, ISD Rights Director, P.O. Box 2348 Santa fe, 87504-2348 o enviarlo por fax al (505)-827-7241.

Confidencialidad

Toda la información que usted provea es confidencial. Esta información será dada a los empleados del Departamento de Servicios Humanos (HSD por sus siglas en inglés) que necesitan supervisar los programas a los cuales usted está aplicando. Información confidencial podría ser liberada a otras agencias federales y estatales. Toda información podrá ser utilizada para determinar elegibilidad y/o proveer servicios. (Revisada 07/15/14)


Esta información podría ser dada a otras agencias Federales y Estatales para revisión oficial, y a oficiales de aplicación de la ley con el propósito de arrestar personas huyendo de la ley. Si usted recibe beneficios que usted no era elegible y tiene que devolverlos, esto se llama una reclamación. Si su hogar recibe una reclamación en su contra, la información provista en esta aplicación incluyendo Números de Seguro Social, podrían ser dados a las agencias Federales y Estatales para la acción de colección de reclamaciones. Usted solo tiene que proveer Estatus de Ciudadanía y Números de Seguro Social por aquellos miembros por los cuales usted está aplicando en su hogar. Usted no tiene que ser un Ciudadano de los Estados Unidos para aplicar.

Ser recipiente de los beneficios de SNAP/comida, energía o asistencia médica no le evita el hacerse un residente permanente legal (LPR por sus siglas en Inglés) o aplicar para ser ciudadano de los Estado Unidos.

Inmigrantes no ciudadanos que no estén pidiendo asistencia para ellos mismos, no tienen que dar información acerca de su estatus de ciudadanía, Números de Seguro Social, u otras pruebas similares, sin embargo, ellos tienen que proveer prueba de ingreso y cosas que poseen ya que parte de estas cosas cuentan al establecer la elegibilidad del hogar. Ciertos beneficios podrían estar disponibles para personas sin Número de Seguro Social, así que pregunte en el Departamento de Apoyo de Ingresos (ISD por sus siglas en inglés).

Nosotros también verificamos con otras agencias, El Servicio Federal de Ingreso y Verificación de Elegibilidad (IEVS por sus siglas en inglés) y el Sistema de Reporte de Información de Asistencia Pública (PARIS por sus siglas en inglés) acerca de la información que usted proveyó. Esta información podría afectar la elegibilidad y cantidad de beneficios recibidos de su hogar.

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA

<p>¿Qué es una audiencia justa y por qué debo pedir una?</p>	<p>Una audiencia justa le da la oportunidad de explicar por qué le parece que ha habido una decisión equivocada sobre sus beneficios. Las audiencias se llevan a cabo por teléfono con un oficial de audiencias. El oficial de audiencias escuchará la información de usted y la del Income Support Division y decidirá si la decisión fue correcta o incorrecta.</p>
<p>¿Puedo obtener ayuda en mi audiencia?</p>	<p>Usted puede tener un amigo o un miembro de la familia para participar en la audiencia con usted. También puede obtener ayuda legal gratuita. Para saber más sobre la ayuda legal gratuita, llame al Law Access New Mexico al (800) 340-9771.</p>
<p>¿Cuánto tiempo tengo para solicitar una audiencia?</p>	<p>Usted debe solicitar una audiencia dentro de los 90 días de la fecha en esta notificación. Es posible obtener más tiempo para solicitar una audiencia si tiene un buen motivo, como enfermedad u otra circunstancia fuera de su control.</p>
<p>¿Puedo mantener mis beneficios si solicito una audiencia?</p>	<p>Si usted ya está recibiendo beneficios, puede continuar obteniéndolos mientras espera por su audiencia, si es que la solicitó dentro de los 13 días de la fecha en esta notificación. Si la decisión de la audiencia no es a su favor, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibió mientras esperaba a que se llevara a cabo la misma.</p>
<p>¿Cómo solicito una audiencia?</p>	<p>Ud. puede solicitar una audiencia llenando el formulario que se encuentra en el reverso de esta notificación y enviándolo por correo o fax a:</p> <p style="text-align: center;">Human Services Department - Fair Hearings Bureau P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348 Fax # (505) 476-6215</p> <p>Ud. puede solicitar una audiencia por teléfono llamando al (800) 432-6217 (opción 6). También puede solicitar una audiencia en persona en su oficina local del Income Support Division.</p>
<p>Información sobre necesidades especiales</p> 	<p>Si Ud. es una persona con alguna incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere algún tipo de acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicios, comuníquese con el Coordinador de La Ley de Estadounidenses con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos llamando al número (505) 827-7701, o a través del Sistema de Retransmisión de Nuevo México TDD al (800) 659-8331 o puede oprimir 711. El Departamento solicita la comunicación previa de por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (Revisado 09/15/14)</p>
<p>En caso de que necesite un intérprete</p>	<p>Tiene derecho a un intérprete gratuito. Infórmele al HSD si necesita un intérprete antes o durante la audiencia llamando al: (800) 432-6217 (opción 6).</p>