



LIHEAP申请
低收入家庭能源援助计划

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

本申请仅用于LIHEAP计划

请回答表格中的所有问题。您必须在本申请的最后一页签名并注明日期，否则将无效。如果您想获得尚未获得的其他类型帮助，请联系您的社会工作者，并索取HSD-100或HSDSP-100申请表。

1. 地址

请填写您当前的实际地址和邮寄地址

实际地址 (家庭地址)	城市	州	邮编	联系电话# ()
邮寄地址 (如与家庭地址不同)	城市	州	邮编	

2. 您及共同生活人员

A. 列出您和共同生活人员的姓名和信息。您只需要提供需要帮助人员的社会保障号码和公民信息。

姓名 (名和姓)	关系	社会保 障号码	性别 M = 男 F- 女	出生 日期	种族 1-5 (见 下文 (可选 填))	部落隶 属关系	民族 是/否西班 牙裔 (可 选填)	公民/移民 身份1-23 (见下文)	残疾?
	(本人)								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
									<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
									<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
									<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
									<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
									<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
									<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

种族：对于申请帮助的个人，选择最能描述其种族的数字，并填写上述数字。

1-美洲印第安人阿拉斯加原住民	2-亚洲人	3-黑人或非裔美国人	4-夏威夷原住民或太平洋岛民	5-白人	6-其他
-----------------	-------	------------	----------------	------	------

公民/移民身份：对于申请帮助的个人，选择最能描述其美国公民身份或移民身份的数字，并填写上述数字。

1-美国公民	2-合法永久居民 (LPR)	3-合法临时居民 (LTR)	4-难民	5-避难者	6-古巴/海地入境人员
7-被假释到美国的人员	8-1980年之前授予的有条件入境人员	9-受虐待的配偶、父母或子女	10-被贩卖者及其配偶、子女、兄弟姐妹、父母	11-具有非移民身份的个人 (包括有签证的个人以及密克罗尼西亚群岛、马绍尔群岛和帕劳的公民)	12-临时保护身份授予者或申请人
13-延迟强制离境	14-暂缓遣返身份	15-准许暂缓递解出境或暂缓驱逐出境的人员	16-暂缓递解出境或暂缓驱逐出境申请人	17-持有已批准签证的特殊移民身份申请人	18-持有已批准签证的LPR身份调整申请人
19-庇护申请人	20-持有工作许可证 (EAD) 的注册申请人	21-监督令 (持有EAD)	22-取消驱逐出境或暂缓递解出境申请人 (持有EAD)	23-其他/不确定	

B. 如果您是美洲原住民，您是否住在保留地？ 是 否

如是，保留地名称？ _____

C. 您是否获得SNAP、医疗补助或现金援助, 如TANF、GA或SSI?

是 否

3.收入

A. 勾选所有家庭成员的所有收入来源 (和福利/帮助, 如有), 并附上过去30天的收入证明。

- 就业
- 失业补偿金
- 退休金
- 现金援助
- 红利
- 军人补偿金
- 社会保障金
- 退伍军人补偿金
- 部落款项
- 工人抚恤金
- 子女抚养费
- 其他 _____

B. 请告诉我们每位家庭成员的收入:

获得收入的人员	收入来源?	\$金额 (税前)	多久一次? 每周、每两周、每月、半年
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

4.家用热气或冷气

A. 住房花费?

- 公共住房-无租金
- 公共住房-需付租金
- 租赁-非公共住房
- 房主
- 合租-无租金
- 合租-需付租金
- 其他 _____

B. 您需要LIHEAP, 以用于: 暖气 或 冷气

C. 请选择一份您需要帮助的暖气或冷气能源账单, 并附上费用证明。

- 丙烷/丁烷
- 天然气
- 木材
- 电气
- 煤
- 其他 _____

D. 您是否遇到能源紧急情况? 是 否

如是, 请勾选目前适用于您的以下情况。

- 熔炉/锅炉/暖气系统无法运行
- 燃料 (丙烷、木材、颗粒燃料、煤、油) 耗尽
- 剩余燃料 (丙烷、木材、颗粒燃料、煤、油) 不足10%
- 无钱购买公用事业/燃料
- 断供-燃料供应商不再提供服务
- 断供通知-燃料供应商未停止提供服务, 但提出了如果我不支付费用, 会停止服务的警告。

E. 能源紧急情况是否危及生命? 是 否

F. 您是否获得该能源账单的补贴援助? 是 否

G. 您的租金里是否包含这个能源账单? 是 否

H. 能源公司、燃料供应商或房东姓名? _____

I. 如果该能源账单不在您的名下, 则客户姓名为? _____

J. 账号? _____

K. 在过去12个月, 您最高的月账单金额为? \$ _____

****请提供您的燃料票据或收据副本。如符合资格, HSD将向您暖气或冷气燃料供应商付款, 除非他们不接受LIHEAP付款。**

5. 主要家用暖气 *您必须填写此部分以获得LIHEAP。

A. 您的主要热源? (这是用于为家庭提供热源的燃料。) 选择一项:

- 同上第4部分
(如勾选, 跳过第5E-5H部分)
- 天然气
- 木材
- 煤
- 电气
- 丙烷/丁烷
- 其他 _____

B. 如果您不使用任何其他能源, 而需要LIHEAP帮助, 请勾选此项:

解释原因: 无家可归 农村地区 无可用公共事业 其他 _____

C. 是否为与另一个家庭的共用表? 是 否

D. 此账户是否用于商业目的? 是 否

E. 能源公司、燃料供应商或房东姓名? _____

F. 如果该能源账单不在您的名下, 则客户姓名为? _____

G. 账号? _____

H. 每年的燃料费用? \$ _____

6. 电气信息

是否有电费账户? 是 否 如否, 原因? 无家可归 农村地区 无可用公共事业
其他 _____

如是, 请填写以下部分。

如果您在第5部分填写的暖气来源为电气, 请选择“否”, 且勿填写以下部分。

B. 是否为与另一个家庭的共用表? 是 否

C. 此账户是否用于商业目的? 是 否

D. 能源公司、燃料供应商或房东姓名? _____

E. 如果该能源账单不在您的名下, 则客户姓名为? _____

F. 账号? _____

G. 每年的燃料费用? \$ _____

7. 电话援助

如果您可以获得LIHEAP, 您还可以向电话公司支付更少的电话费用 (获得折扣)。并非所有电话公司都提供这种折扣。更多详细信息, 请联系您的电话公司。

8. 节能改造协助

如果您有资格参加LIHEAP, 你也可能有资格参加NM EnergySmart节能改造计划。

如果您有兴趣申请节能改造计划, 请致电新墨西哥州抵押贷款金融管理局, 如想了解详情, 请致电1-800-444-6880。

9. 您的签名

您必须签署此表格才能使本申请有效。除非签名，否则无法处理此申请。

- 本人已向HSD提供真实、准确和完整的信息
- 本人知悉，做出虚假陈述或隐瞒信息可能会遭到州和联邦惩罚并拒绝援助
- 本人将向HSD提供证据。如果本人无法提供证据，本人将向HSD寻求帮助，并让HSD联系他人和公司获取证据
- 本人将让HSD向可能为本人提供符合条件的其他能源/节能改造援助的获批机构提供有限的信息。
- 本人将让HSD向暖气、冷气和电话服务供应者提供有限的信息，以便其提供联邦和州的福利
- 本人知悉，如果获取了不符合条件的福利，必须退还给HSD。
- 本人知悉，HSD会确认本人提供的信息。HSD可通过计算机确认本表格中的信息。
- 本人知悉，通过提供家庭能源供应商账号，即授权能源供应商向HSD提供关于账号和能源使用的详细信息，以便确认是否符合资格并确定本申请和未来申请、确定福利以及计划评价和分析。
- 本人知悉，通过提供申请信息，即授权HSD及其授权代理人根据联邦、州、县、能源提供商、雇主和业主数据库或记录共享和报告所提供的信息。
- 本人知悉，如果有资格获得能源援助福利，则可能会通过转介参与其他住宅能源计划。
- 本人知悉，本表格收集的信息可能会披露给HSD负责的能源计划。HSD可以共享和使用为转介、研究、评价和分析而收集的信息。
- 本人知悉，公用事业公司不会管理根据本同意书披露的数据，也不负责监测或采取措施确保HSD对数据保密或按照授权使用数据。

本人同意，本人所提供的家人、收入和所有其他信息真实、准确，否则会因提供虚假信息而遭受惩罚。

▶ 在此签名  _____

当前日期 _____

您可以在此登记投票

如果您没有在现在居住的地方登记投票，**您今天想要在这里登记投票吗？** (请勾选一项) 是 否 如果您没有勾选任何一项，则视为您决定不在此时登记投票。

《全国选民登记法》为您提供了在此处登记投票的机会。如果您需要帮助填写选民登记申请表，我们将为您提供帮助。是否寻求或接受我们的帮助取决于您。您可以私下填写申请表。

注意：申请登记或拒绝登记投票不会影响本机构为您提供的援助金额。

签名	日期
----	----

保密：无论您是否决定登记投票，都将对您的决定保密。如果您认为某个人干扰了您登记或拒绝登记投票的权利，或者您决定是否登记或申请登记投票的隐私权，或者您选择政党或其他政治偏好的权利，您可以向国务卿办公室(419 State Capital, Santa Fe, NM, 87503) (电话：1-800-477-3632) 投诉。(2009年12月1日)

或将您签署的申请亲自交到当地的收入支持司 (ISD) 办公室，或邮寄到：

Central ASPEN Scanning Area (CASA)

PO BOX 830

Bernalillo, NM 87004

或传真至1-855-804-8960

或

您可以在线申请LIHEAP援助：

www.yes.state.nm.us

如果您对LIHEAP有任何疑问，请致电1-800-283-4465我们的联系客服中心

权利通知



特殊需求信息 如果您是残疾人，并且您需要其他形式的信息或需要特殊照顾以参加任何公众听证会、计划或服务，请联系《美国残疾人法案》(ADA)公众服务部协调员，可致电(505) 827-7701或通过新墨西哥州转接系统TDD：(800) 659-8331或拨打711联系。公众服务部要求至少提前10天通知，以提供所要求的其他形式信息和特殊照顾。（修订日期：2014年9月15日）

您的公民权利/非歧视声明

禁止该机构基于种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别以及在某些情况下，基于宗教或政治信仰进行歧视。

美国农业部还禁止：在USDA开展或资助的任何项目或活动中，基于种族、肤色、国籍、性别、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰或对之前公民权利活动的报复进行歧视。

需要计划信息其他沟通方式（如盲文、大号字体、录音带、美国手语等）的残疾人应联系申请福利的机构（州或地方）。耳聋、听力障碍或言语障碍患者可通过联邦转接服务联系USDA，电话：(800) 877-8339。此外，计划信息可以非英语语言提供。

如需对歧视进行计划投诉，请填写 [USDA 计划歧视投诉表](#) (AD-3027)，可登陆以下网址在线查询：http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html，和从任何USDA办公室处获取，或写信给USDA，并在信函中提供表格中要求的所有信息。如需索取投诉表副本，请致电 (866) 632-9992。

通过以下方式向USDA提交您填写完整的表格或信函：

- (1) 邮寄：美国农业部
民权助理秘书办公室
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) 传真：(202) 690-7442; or
- (3) 电子邮箱：program.intake@usda.gov.

有关补充营养援助计划 (SNAP) 问题的任何其他信息，应拨打USDA SNAP热线电话(800) 221-5689（西班牙语），或拨打 [州信息 / 热线电话](#)（点击链接获取各州热线电话）；可在以下网址在线获取：http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

针对通过美国卫生与公众服务部(HHS)获得联邦经济援助的计划提出歧视投诉，可致函：HHS部长，民权办公室(Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201)或致电(202) 619-0403（语音）或(800) 537-7697 (TTY)。

该机构会公平处理。（修订日期：2015年10月14日）

为了通过HSD对联邦或州经济援助计划的歧视和/或粗暴待遇**提出投诉**，可从ISD办公室获取投诉表，或致函：新墨西哥州公众服务部，ISD民权部长，邮政信箱：2348, Santa Fe, NM 87504-2348或传真：(505) 827-7241。

保密

您提供给HSD的所有信息均为机密信息。该信息将披露给HSD人员，以便其根据该信息管理您所申请的计划。机密信息也可能披露给其他联邦和州机构。所有信息将用于确定资格和/或提供服务。（修订日期：2014年7月15日）

该信息可能会披露给其他联邦和州机构进行官方检查，并披露给执法官员，以逮捕逃避法律的人员。如果您获取了不符合条件的福利，并不得不退还，这被称为索赔。如果针对您的家庭提出索赔，则关于该申请的信息（包括所有社会保障号码）可能会被提交给联邦和州机构以及私人索赔收集机构，以进行索赔收集行动。您只需要提供申请援助家庭成员的美国公民身份和社会保障号码(SSN)。您不需要以美国公民身份申请。

接受SNAP/食物、能源或医疗援助不会妨碍您成为合法永久居民或美国公民。不需要援助的非公民移民无需提供移民身份信息、社会保障号码或其他类似证据；但必须提供其收入和拥有资源/资产的证明，因为部分收入和拥有的资源/资产可能有助于家庭获得援助的资格。无社会保障号码的人员可申请某些福利，请咨询ISD。

我们还将与其他机构、联邦收入与资格核实系统(IEVS)和公共援助报告信息系统(PARIS)就您提供给我们信息进行核查。该信息可能会影响您的家庭资格和福利金额。

公平听证权

什么是公平听证以及要求公平听证的原因?	公平听证让您有机会说明您认为关于您的福利决定错误的原因。听证会由听证官通过电话举行。听证官将听取您和收入支持司提供的信息，并判断正误。
关于听证会，是否可以寻求帮助?	您可以让朋友或家庭成员与您一起参加听证会。您也可以获得免费的法律帮助。如需了解更多有关免费法律帮助的信息，请致电Law Access New Mexico，电话：(800) 340-9771。
多久才能申请听证会?	您必须在对不利措施提起申诉之日起 90天内 申请举行听证会。如果您有充分的理由，如疾病或您无法控制的其他情况，您可能有更多的时间申请参加听证会。
申请听证会后，能否继续获取福利?	如果您已经获得福利，在您要求对不利措施进行听证之日起 13天内 ，您可以在等待听证会的同时继续获得福利。如果听证决定不支持您的意见，您可能需要在等待听证会的同时退还获取的福利。
如何申请听证?	您可以通过填写本表格另一侧的表格并邮寄或传真至以下地址申请听证： Human Services Department - Fair Hearings Bureau 邮政信箱：2348 Santa Fe, NM 87504-2348 传真：(505) 476-6215 您也可以致电(800) 432-6217选项6申请通过电话进行听证。您还可以申请当地收入支持司办公室举行听证会。
特殊需求信息 	如果您是残疾人，并且您需要其他形式的信息或需要特殊照顾以参加任何公众听证会、计划或服务，请联系《美国残疾人法案》(ADA)公众服务部协调员，可致电(505) 827- 7701或通过新墨西哥州转接系统TDD：(800) 659-8331或拨打711联系。公众服务部要求至少提前10天通知，以提供所要求的其他形式信息和特殊照顾。（修订日期：2014年9月15日）
如果您需要口译员	您有权申请一位免费口译员。如果您在听证会之前或期间需要口译员，请致电告知HSD：(800) 432-6217选项6。