

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL AIRE ACONDICIONADO – VENTILACIÓN

Solicitudes aceptadas desde el 15 de junio hasta el 15 de agosto

RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE

PARTE I

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del segundo nombre) _____ ¿En qué ciudad o condado vive? _____

Dirección física/de servicio _____

Dirección de correo _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____ Teléfono de trabajo _____

Dirección de correo electrónico _____ Idioma principal que se habla en su hogar _____

¿Cuál es la mejor manera para que su trabajador se contacte con usted? CIRCLE solo una opción: Teléfono de casa Teléfono móvil Teléfono de trabajo Dirección de correo electrónico

Método preferido de correspondencia (Nota: esto no es lo mismo que la mejor manera para que su trabajador se contacte con usted)

Si desea recibir un mensaje de texto o un correo electrónico para notificarle que puede acceder electrónicamente a algún correo acerca de sus beneficios a través de CommonHelp, seleccione una de las opciones de la parte inferior. Facilite un número de teléfono móvil o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija su método electrónico de correspondencia preferido, se utilizará para todos los programas en el caso para el que haya presentado su solicitud. Si no elige recibir notificaciones mediante un mensaje de texto o un correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del servicio de correos de Estados Unidos. Si realiza una solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, se le enviará a usted por correo toda la correspondencia. El solicitante puede contactar con el departamento local de Servicios Sociales para informarse de cómo cambiar el método de correspondencia.

Mensaje de texto Correo electrónico Teléfono móvil para mensaje de texto _____ Proveedor de servicios de telefonía móvil _____ Dirección de correo electrónico _____

PARTE II

1. ¿Cuál es su necesidad de aire acondicionado - ventilación? (Marque todas las que correspondan)

- Pago de la factura de electricidad Pago del depósito de electricidad Reparación del aire acondicionado central o bomba de calefacción
- Pick-up de un ventilador portátil Compra/instalación de ventilador de cielo raso, del ático o de toda la casa Reparación de techo, Ático o ventilador de toda la casa
- Auto-recogida e instalación de una ventana de aire acondicionado Compra e instalación de un acondicionador de aire de ventana por un proveedor aprobado del programa de asistencia energética

¿tiene por lo menos un aire acondicionado de trabajo en su casa? Si No (usted no puede recibir un acondicionador de aire de la ventana si usted tiene ya un acondicionador de aire de trabajo de cualquier tipo en su hogar. La agencia local puede llamarle o visitar su casa para confirmar que no tiene un acondicionador de aire de trabajo.)

2. Circule la letra que mejor describa su situación actual de vida. Lea cada una antes de elegir. CIRCULE solo una de las opciones.

- A. Soy propietario o estoy comprando mi casa y pago todas las facturas de aire acondicionado.
- B. Soy propietario o alquilo mi casa y no pago factura de aire acondicionado.
- C. Pago el alquiler y también el aire acondicionado separadamente.
- E. Pago el alquiler y el aire acondicionado está incluido en el pago del alquiler.
- F. Vivo en una vivienda subsidiada, Sección 8, HUD, ó vivienda pública y pago ocasionalmente los cargos por el consumo extra.
- G. Vivo en una vivienda de la Sección 8, HUD, ó vivienda subsidiada y pago regularmente algunas o todas mis facturas de aire acondicionado.
- I. Vivo en una habitación en la casa de otra persona.
- L. Vivo en una institución, vivienda colectiva, centro de tratamiento u hogar para adultos.
- P. No pago alquiler y vivo en más de una habitación, casa o apartamento y pago por la calefacción/aire acondicionado.
- Q. Vivo en un refugio de emergencia o no tengo hogar. He hecho un arreglo para mudarme a una casa, apartamento o a más de una habitación.

3. ¿Son todas las personas que viven en su hogar ciudadanos estadounidenses? SÍ NO Si su respuesta es no, ¿quienes no lo son? _____ ¿Cuál es el estatus migratorio de esas personas? _____

4. ¿Esta' alguien en su hogar discapacitado? SÍ NO Si su respuesta es sí, ¿quién? _____

5. ¿Cuántas personas viven en su hogar? # _____

6. ¿Hay alguien fuera de casa temporalmente? SÍ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿En qué fecha se espera que regrese? _____

Identifíquese usted primero y luego todas las personas que viven en su hogar. **Propvea el numero de Seguro Social para cada una de las personas que viven en su casa.** Complete la informacion para cada persona.

| NOMBRE | RELA CIÓN CON LA PERSONA EN LA LÍNEA 1 | N° del SEGURO SOCIAL | GENORO (M.F) | FECHA DE NACIMIENTO | RAZA | HISPANO O LATINO | | TRABAJA | | CANTIDAD DE INGRESO MENSUAL BRUTO | INGRESOS PAGADOS semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes, mensualmente | INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS Ingresos obtenidos (enumere el nombre del empleador/empresa); Autoempleo; Desempleo Comp del trabajador; SSI Seguridad social; Beneficios para veteranos; Jubilación TANF Manutención de niños; Pensión alimenticia Renta de rentas; Etc. |
|--------|--|-------------------------|-----------------|------------------------|------|---------------------|-----------|-----------|-----------|--|--|--|
| | | | | | | Sí (S) | No (N) | Sí (S) | No (N) | | | |
| | Persona que responde | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

7. ¿Recibe algún miembro del hogar beneficios SNAP (anteriormente cupones de alimentos, Food Stamps)? SÍ NO Si su respuesta es sí, nombre del caso _____
8. ¿Recibe algún miembro de su hogar Medicaid? SÍ NO Si su respuesta es sí, nombre del caso _____
9. ¿Recibe Medicaid Home & Community-Based Care (Cuidado en el hogar de Base Comunitaria)? SÍ NO Si su respuesta es sí, ¿quién lo recibe? _____
El pago del paciente es \$ _____
10. ¿Alguien paga seguro de Medicare, Parte B? SÍ NO Parte D? SÍ NO Si su respuesta es sí, ¿quién lo paga? _____ ¿Cuánto? \$ _____
11. Circule **cada tipo de equipo de enfriamiento** que esté en su hogar.. Ninguno Ventilador Portatil Ventilador de cielo raso Ventilador para ático Ventilador para toda la casa
Aire acondicionado de ventana Unidad de aire acondicionado central Bomba de calefaccion
12. ¿Funciona el equipo de aire acondicionado que hay en su hogar? SÍ NO Si su respuesta es **NO**, enumere todo el equipo que **NO** funciona _____
Por favor, describa lo que está mal con el equipo: _____
13. Si usted está solicitando ayuda para la reparación o compra de equipos de enfriamiento, ¿qué negocio/empresa desea utilizar? _____
Nota: Si la empresa que desea utilizar no ha firmado un acuerdo para ser un proveedor del programa de asistencia energética, su trabajador se pondrá en contacto con usted para elegir otra empresa.
14. ¿Quién es el dueño o responsable del equipo de aire acondicionado en su hogar? _____
15. Nombre y dirección de la compañía de aire acondicionado en su casa _____
Se necesita verificación de la compañía de servicio si usted acondiciona el aire de su hogar con electricidad. Adjunte una copia de su factura de electricidad más reciente. Complete lo siguiente:
¿A nombre de quién está la factura? _____ Número de cuenta _____ ¿Quién es el responsable de pagar la factura? _____
El pago es a través de retiro mensual automático? Si__ No__ O pago por débito o crédito? Si__ No__ ¿Tiene una cuenta de servicio eléctrico pague por adelantado? Si__ No__
16. ¿En qué otro lugar solicitó esta asistencia? _____
17. ¿Tiene gastos de calefacción? SÍ NO Si su respuesta es **SÍ**, ¿qué tipo de energía utiliza? **Encierre en círculo** la energía que utiliza con más frecuencia para calentar su hogar. **ENCIERRE EN CÍRCULO SÓLAMENTE UNA RESPUESTA.** Electricidad Gas natural Petróleo Kerosén blanco Kerosén rojo Carbón Leña Propano líquido (LP)/Gas envasado
18. Nombre y dirección de la compañía que usa para la calefacción de su hogar _____
19. ¿Cuál es el nombre que aparece en la cuenta de su factura de calefacción? _____
¿Cuál es su número de cuenta con su compañía de calefacción? _____
20. Encierre en círculo el principal equipo de calefacción usado para calentar su hogar. Encierre sólo uno Horno Radiador Calentador portátil Calentador ventilado del espacio (calentador con el sistema exterior del extractor o del monitor) Calentador de base de pared Bomba de calefaccion Chimenea Estufa de leña/carbón
Estufa para cocinar Ninguno Desconocido
21. ¿Su hogar tiene algún monto adeudado por cuentas pasadas de electricidad? SÍ NO Si la respuesta es sí, ¿Cuál es la cantidad adeudada? _____
22. ¿Ha recibido en su hogar una notificación de corte de electricidad? SÍ NO Si la respuesta es sí, ¿Cuándo le desconectarán este servicio? _____
23. ¿Han desconectado el servicio de electricidad en su hogar? SÍ NO Si la respuesta es sí, ¿Cuándo fue realizado este corte del servicio? _____

Certificación de la agencia de registro de votante del estado de Virginia

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿desea solicitar aquí hoy el registro para votar?

Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual o no soy elegible para registrarme para votar y no necesito una solicitud para registrarme para votar.

Sí, me gustaría solicitar registrarme para votar. (Visite www.elections.virginia.gov/citizen-portal/ para hacer la solicitud en línea o para pedir que se le envíe por correo un formulario para el registro del votante).

No, no quiero registrarme para votar.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Solicitar registrarse para votar o negarse a registrarse para votar no afectará la asistencia o los servicios que le proporcionará esta agencia.

Si se niega a registrarse para votar, este hecho permanecerá confidencial. Si se registra para votar, su solicitud se mantendrá en forma confidencial y solo se utilizará para fines de registro de votantes.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado si lo desea. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, puede presentar una queja ante:

Secretaría de la Junta de Elecciones del estado de Virginia
Washington Building
1100 Bank Street
Richmond, VA 23219-3497
(804) 864-8901

El Departamento de vivienda y desarrollo comunitario de Virginia (DHCD) administra el programa de asistencia de climatización (WAP) a través de una red de organizaciones sin fines de lucro en todo el estado. El WAP reduce el uso de energía doméstica a través de la instalación de medidas rentables de ahorro energético, que también mejoran la salud y la seguridad de los residentes. Medidas comunes que incluyen el sellado de fugas de aire, la adición de aislamiento y la reparación de sistemas de calefacción y refrigeración. Más información sobre el WAP está disponible en <https://www.dhcd.virginia.gov/wx>

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información mencionada arriba y en documentos adjuntos es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Notificaré al Departamento de Servicios Sociales dentro de 5 días si se produce algún cambio en mi situación. Entiendo que ningún miembro de mi hogar ni yo podemos vender mercancía comprada en mi nombre por medio del programa, a menos que el departamento local de servicios sociales haya otorgado el permiso para hacerlo. Todos los beneficios recibidos deben ser utilizados para el fin autorizado. Puedo presentar una queja si siento que me han discriminado debido a mi raza, color, nacionalidad, discapacidad, sexo, edad, opinión política, religión, orientación sexual o estatus civil o familiar. Si brindo información falsa, retengo información, no informo los cambios de inmediato o recibo asistencia para la cual no soy elegible, podría estar infringiendo la ley y podría ser procesado por perjurio, hurto y/o fraude. Si completé o ayudé a completar este formulario de solicitud y ayudé e induje al solicitante a obtener asistencia para la cual no es elegible, podría estar infringiendo la ley y ser procesado. Entiendo que el Departamento de Servicios Sociales puede utilizar la información de esta solicitud o puede comunicarse conmigo con fines de investigación, evaluación y análisis hasta donde sea permitido por la ley estatal o federal. Mi firma autoriza al Departamento de Servicios Sociales a obtener cualquier verificación para establecer la elegibilidad de mi hogar para recibir asistencia, o a dar información de mi archivo a otras organizaciones a las que he solicitado o recibido asistencia. Entiendo que, al proporcionar información de la cuenta de mi proveedor(es) de energía, estoy autorizando al(los) proveedor(es) de energía a proporcionar detalles acerca de mi cuenta y uso energético al DSS para propósitos de análisis y evaluación del programa. Acepto eximir y/o liberar de responsabilidad a mi(s) proveedor(es) de energía por cualquier reclamo, pérdida, demanda, daño u obligación de cualquier tipo originada o presuntamente originada por dicha divulgación.

Firma del solicitante OR Mark: _____ **Fecha** _____

Testigo de Mark o intérprete: _____ **Número de teléfono** _____ **Fecha** _____

Completado en nombre del solicitante por: _____ **Número de teléfono** _____ **Fecha** _____