

Localidad / FIPS \_\_\_\_\_ Caso nro. \_\_\_\_\_ Fecha de recepción de la solicitud \_\_\_\_\_ Trabajador/a \_\_\_\_\_

**SOLCITUD DE AYUDA PARA COMBUSTIBLE**

**RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS POR COMPLETO**

*Se aceptan solicitudes desde el segundo martes de octubre hasta el segundo viernes de noviembre.*

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_  
 Dirección física / de servicios (incluir el número del apto.): \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
 Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial): \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma principal que habla en la casa: \_\_\_\_\_

¿Cuál considera el mejor medio para que el / la trabajador/a se comunice con usted? **HAGA UN CÍRCULO** solo sobre una opción: Teléfono fijo Teléfono celular Teléfono del trabajo Dirección de correo electrónico

Método preferido de **correspondencia** (Nota: este método no es lo mismo que el mejor medio por el que el / la trabajador/a puede comunicarse con usted).

Si desea recibir un mensaje de texto o un correo electrónico en el que se le avise que puede acceder electrónicamente a algunos correos sobre sus beneficios a través de CommonHelp, seleccione una de las siguientes opciones. Consigne un número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija un método electrónico preferido de correspondencia, se utilizará para todos los programas del caso relacionado con la solicitud. Si no elige recibir notificación por mensaje de texto o correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del correo de los EE. UU. Si completa una solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, se le enviará toda la correspondencia por correo postal. El solicitante puede ponerse en contacto con el departamento local de servicios sociales para conocer cómo cambiar el método de correspondencia.

Mensaje de texto  Correo electrónico Teléfono celular para enviar el mensaje: \_\_\_\_\_ Prestador del servicio de telefonía celular: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**1. MARQUE SÍ o NO para responder las siguientes preguntas.**

A. Yo pago para calefaccionar la casa. \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO B. Me entregan a domicilio aceite, queroseno, propano líquido (LP) o gas de bombona, carbón o leña. \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

**2. HAGA UN CÍRCULO sobre la letra que mejor describa su situación de vida actual. Lea todas las opciones antes de escogerla. HAGA UN CÍRCULO SOLO SOBRE UNA OPCIÓN.**

- A. Soy propietario o estoy en el proceso de comprar mi casa y pago todas las facturas de calefacción.
- B. Soy propietario o alquilo la casa y no pago la factura de calefacción.
- C. Pago \$ \_\_\_\_\_ de alquiler y, además, pago la calefacción por separado.
- E. Pago \$ \_\_\_\_\_ de alquiler y la calefacción está incluida en el pago del alquiler.
- F. Vivo en una vivienda subvencionada, Sección 8, HUD y, a veces, pago las tarifas por exceso de consumo.
- G. Vivo en una vivienda de la Sección 8, HUD, vivienda subvencionada, y pago, con regularidad, todas o parte de las facturas de calefacción.
- I. Vivo en una habitación en la casa de otra persona.
- L. Vivo en una institución, en un hogar colectivo, en un centro de tratamiento o en un hogar para adultos.
- P. No pago alquiler y vivo en un lugar con más de una habitación, en una casa o en un apartamento, y pago la calefacción.
- Q. Vivo en un refugio de emergencia o no tengo hogar. Ya planifiqué mudarme a una casa, a un apartamento o a un lugar con más de una habitación.

- 3. ¿Todas las personas que viven en la casa son ciudadanos estadounidenses? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO De marcar "No", ¿quién no es ciudadano/a? \_\_\_\_\_
- 4. ¿Algún integrante familiar tiene alguna discapacidad? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO De marcar "Sí", ¿quién tiene alguna discapacidad? \_\_\_\_\_
- 5. ¿Cuántas personas viven en la casa? \_\_\_\_\_
- 6. ¿Alguna persona no se encuentra en la casa de forma temporal? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO De marcar "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la fecha prevista de regreso? \_\_\_\_\_

**Haga una lista de todas las personas que viven en la casa, con usted en la primera fila. Haga una lista del número de seguridad social de todas las personas que viven en la casa. Complete la información de cada persona.**

NOMBRE	VÍNCULO CON LA PERSONA EN LA FILA 1	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	GÉNERO (M, F)	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	HISPANO O LATINO		TRABAJA		MONTO BRUTO MENSUAL DE INGRESOS	INGRESOS PAGADOS cada semana, cada dos meses, cada medio mes, cada mes	ENUMERE <b>TODAS</b> LAS FUENTES DE INGRESOS salario por trabajo (enumere el nombre del empleador o de la empresa), trabajo independiente, desempleado, compensación para el trabajador, SSI, seguridad social, beneficios a veteranos, jubilación, TANF, manutención de menores, pensión alimenticia, ingreso por alquileres, etc.
						Sí (S)	No (N)	Sí (S)	No (N)			
	<b>Usted</b>											



El Departamento de Desarrollo Comunitario y de Viviendas de Virginia imparte el Weatherization Assistance Program (WAP, Programa de Ayuda para la Climatización) por medio de una red de organizaciones sin fines de lucro en todo el estado. El WAP disminuye el consumo energético del hogar con la instalación de medidas rentables para el ahorro energético, y estas medidas, a su vez, mejoran la seguridad y la salud del residente. Algunas medidas habituales incluyen tapar las fugas de aire, agregar aislantes y reparar los sistemas de calefacción y de refrigeración. Puede obtener más información sobre el WAP en <https://www.dhcd.virginia.gov/wx> o llamando al (804) 371-7000.

#### **CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Certifico que las declaraciones y los documentos adjuntos anteriores son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. En un lapso máximo de cinco días, le avisaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) sobre cualquier cambio que acontezca en mi situación actual. Tomo conocimiento de que ni yo ni ningún otro integrante de mi casa puede vender mercadería en mi nombre a través de este programa, salvo que el DSS local haya otorgado el permiso para venderla. Todos los beneficios recibidos deben usarse para el fin autorizado. Puedo presentar una queja si considero que fui discriminado por mi raza, color, país de origen, discapacidad, sexo, edad, creencias políticas, religión, orientación sexual y estado civil o familiar. Si brindo información falsa, oculto información, no informo los cambios con prontitud o consigo ayuda para la que no reúno los requisitos, yo podría estar infringiendo la ley y, por lo tanto, me podrían procesar por perjurio, hurto o fraude. Si completé el presente formulario de solicitud, o ayudé en el proceso de completarlo y asistí e incité al solicitante a conseguir ayuda para la cual no reúne las condiciones necesarias, yo podría estar infringiendo la ley y, por lo tanto, me podrían procesar. Tomo conocimiento de que el DSS puede usar la información presente en esta solicitud o que me pueden contactar a los fines de realizar una investigación, una evaluación y un análisis en la medida que lo permita la ley estatal y federal. Mi firma autoriza al DSS a obtener toda verificación con el objeto de demostrar la elegibilidad de mi hogar para recibir ayuda o de brindar la información de mi expediente de caso a otras organizaciones de las que he recibido o solicitado asistencia. Tomo conocimiento de que, al proporcionar la información de mi cuenta / proveedor(es) de energía, autorizo al (los) proveedor(es) de energía a brindar detalles sobre mi cuenta y sobre mi consumo de energía al DSS para los fines de la verificación, evaluación, elaboración de informes y análisis del programa. Me comprometo a mantener indemne y/o a liberar a mi(s) proveedor(es) de energía de cualquier reclamo, pérdida, demanda, daño o responsabilidad de todo tipo y, además, contra todo lo antes mencionado provocados o presuntamente provocados por dicha divulgación.

### **En el caso de que se apruebe la solicitud, se le enviará por correo el aviso de aprobación a finales de diciembre.**

**Firma O marca del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Testigo que marca o intérprete:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Completafo en nombre del solicitante por:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Por favor, devuelva su solicitud completa a su departamento local de servicios sociales.**