

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ENERGÍA DE MINNESOTA DEL 2020-2021

Esta solicitud se usa para aplicar al Programa de Asistencia Energética (EAP), al Programa de Asistencia de Climatización (WAP) y al Programa de Mejorías de Conservación (CIP). La solicitud a los Programas de Asistencia Energética de Minnesota está disponible en español y en letra grande con solamente pedir la solicitud a su proveedor local de servicios de EAP o imprimiéndola en <http://mn.gov/commerce/consumers/consumer-assistance/energy-assistance/>

Para aplicar a los Programas de Energía, usted debe enviar a su prestador de servicios:

- La solicitud completa con todas las preguntas contestadas y estar firmada y fechada en la última página.
- Copias de los comprobantes de ingresos de los últimos tres meses de cada miembro del hogar.
- Una copia de su factura más reciente para calefacción, luz, o combustible.

La falta de documentos requeridos resultará en la demora o rechazo de su solicitud.

Número de Seguro Social (SSNs): Los números de seguro social son obligatorios para todos los solicitantes, a menos que este presentando la solicitud como no-ciudadano elegible (por ejemplo, residente permanente, asilado, refugiado, etc.). Si no proporciona números de seguro social verificables o documentación de inmigración válida, no se puede procesar su solicitud. Si usted es un no-ciudadano elegible, puede presentar una solicitud sin un número de seguro social. Póngase en contacto con su proveedor de servicios para obtener información sobre la documentación requerida. Si usted o algún miembro de su hogar no son elegibles como ciudadanos, su hogar aún puede recibir asistencia si cualquier miembro del hogar es ciudadano o no ciudadano elegible. Póngase en contacto con su proveedor de servicios para obtener más detalles. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) de la Ley de Seguridad Social, 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i). USO: El estado utilizará los SSN en la administración de EAP para verificar la identidad, evitar la participación duplicada y determinar la elegibilidad para beneficios públicos. Su número de seguro social también se usará para obtener información de compensación de salario y desempleo del Departamento de Empleo y Desarrollo Económico (DEED) de Minnesota, verificar la información proporcionada en la solicitud y para prevenir, detectar y corregir el fraude, el desperdicio y el abuso.

Solicitantes no-ciudadanos: Para obtener ayuda de los Programas de Energía de Minnesota, debe ser un ciudadano o estar legalmente en los Estados Unidos (EE. UU.). **Los beneficios de Asistencia Energética no cuentan en las determinaciones de cargos públicos.** Entregue una copia de ambos lados de las tarjetas de inmigración u otros documentos que demuestren la situación migratoria de todos los miembros de la familia que no sean ciudadanos elegibles y que soliciten ayuda. Todos los miembros del hogar, independientemente de su situación migratoria o de ciudadanía, deben proporcionar su información de ingresos, pero solo aquellos que sean ciudadanos o no ciudadanos elegibles se consideraran miembros del hogar. Póngase en contacto con su proveedor de servicios para obtener información específica sobre lo que se requiere para su situación. **No compartiremos su información con los Servicios de Ciudadanía Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) sin su permiso.**

PARTE 1. Información personal: Complete el Número de Seguro Social (SSN), el nombre, la dirección actual de la casa, el número de teléfono y la información de contacto del miembro principal del hogar. Comuníquese con su Prestador de Servicios si alguien en su hogar no puede proporcionar un SSN. Es posible que pueda usar un número de documento legal alternativo o la documentación de su elegibilidad para beneficios públicos.

PARTE 2. Información sobre el hogar: Complete toda la información para cada persona que vive en su hogar. TODAS las personas que viven en la casa son miembros del hogar si comparten la cocina u otras áreas de su hogar. Los proveedores de cuidado que viven en el hogar no se cuentan como miembros del hogar si usted tiene la documentación de un proveedor de asistencia médica manifestando que el cuidado médico diario es necesario. Los padres sin custodia pueden incluir a sus hijos menores como miembros del hogar.

Fuentes de ingresos y otra asistencia:

- Marque (x) en todos los ingresos y todo el dinero recibido por cada miembro del hogar en los últimos 3 meses completos.
- Envíe comprobantes de todos los ingresos brutos recibidos por todas las personas en su hogar en los últimos 3 meses completos antes del mes en que firmó su solicitud. Enviar copias, no se devolverán originales.

Comprobantes de ingresos por tipo:

- **Salarios:** Talones de cheques o una declaración firmada y fechada por su empleador (incluyendo el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador) que indique el salario bruto. EAP puede usar su SSN para verificar los salarios reportados a DEED por su empleador. Para el seguimiento de los salarios no declarados, indique el número de empleadores que cada miembro del hogar tuvo en los últimos 6 meses.
- **MFIP, DWP, GA:** Un estado mensual del condado que indique los beneficios recibidos o un estado de cuenta bancario.
- **Pensión conyugal:** Cheques, depósitos bancarios, o una nota por escrito del pagador indicando la cantidad y las fechas de pagos recibidos.
- **Beneficios de Veteranos, Seguridad Social, RSDI y SSI:** Cartas de concesión indicando la cantidad del beneficio, estados de cuentas bancarios indicando los depósitos directos o copia de los cheques.
- **Compensación a Trabajadores, Pagos de Discapacidad de tiempo corto o largo:** Cartas de concesión indicando la cantidad del beneficio, copias del beneficio de compensación del trabajador o documentos del abogado.
- **Compensación por Desempleo:** Copia impresa del beneficio semanal de www.uimn.org. Haga clic en "Iniciar sesión en Mi cuenta" e inicie sesión, vaya a "Ver y mantener mi cuenta", luego "Información de pago" e ingrese el período de fechas de los últimos 5 meses del calendario completos. EAP puede verificar este ingreso directamente con DEED.

- **Empleo por cuenta propia, ingreso agrícola, ingresos de renta/alquiler:** Las primeras 2 páginas de su declaración federal de impuestos más reciente. Si usted no declaró Impuestos Federales, llame a su Prestador de Servicios para solicitar el formulario de *Trabajador Autónomo*. Escriba la fecha en la cual comenzó su negocio en el espacio disponible en la segunda página de la solicitud.
- **Intereses, dividendos:** Estados de cuentas bancarias o su formulario IRS-1099 o IRS 1040.
- **Ingresos de jubilación incluyendo Jubilación de Retiro Individual (IRA):** Cheque(s) de beneficios o estado de cuenta.
- **Pensión y anualidades:** Cheques del beneficio o historial o carta del fondo de la pensión o beneficio.
- **Bonificaciones tribales, pagos de sentencias o Bonos per cápita:** Cheque o talón de beneficio, estado de cuenta bancaria o carta del beneficio.
- **Sin Ingresos:** Si su hogar no recibe ingresos, y nadie trabaja por su propia cuenta, llame a su Prestador de Servicio de EAP para que le envíen un formulario de "Verificación de Gastos e Ingresos"

****Por favor envíe copias de los comprobantes de ingresos. Los originales no serán devueltos. ****

PARTE 3: Fuentes de Calefacción:

- Coloque "1" junto al combustible para calefacción que más usa y "2" junto a cualquier otro combustible que usa en su hogar para calefaccionar.
- Si usted calienta su hogar a través de más de un solo sistema de calefacción marque todas las casillas que correspondan.
- Si usted usa la electricidad como fuente de calefacción principal, esta debe proveer la mayoría o toda la calefacción de una o más habitaciones (excluyendo los baños) o proveer calefacción a toda la casa. La electricidad no es un sistema de calefacción si se utiliza solo para hacer funcionar el sistema de calefacción o termostato.
- Anote el nombre de la compañía de energía o electricidad que proporciona energía a su casa.
- Incluya el nombre bajo el cual está la cuenta y el número de cuenta.
- Si utiliza madera, maíz, tronquillos u otros combustibles: Muestre cuánto de su calor esto provee. ¿Cortan o cultivan su propia madera, maíz, tronquillos u otro combustible? Anote el número de habitaciones en su casa.

PARTE 4. Información sobre la vivienda. Marque el tipo de vivienda en la que vive, cuánto tiempo ha vivido en su hogar actual y su pago mensual. Si usted es un **inquilino**, díganos si usted recibe subsidio en su hogar, especifique si usted paga su propia calefacción y su electricidad y el nombre del propietario de la propiedad, su teléfono y dirección.

Usted es propietario de su casa, si está comprando su casa, si tiene una hipoteca o contrato de compra venta.

Propietarios de casa: Si usted tiene un problema con su calentador, nosotros podríamos ayudarlo a proveer servicios de reparación.

Trabajo por cuenta propia: Si su residencia es usada para trabajo o renta un espacio en su casa, complete esta sección.

PARTE 5. Permisos y Firma: Lea los permisos cuidadosamente. **Un adulto, de 18 años de edad o mayor o un menor emancipado, debe de firmar la aplicación. Cualquier otra persona que firme su aplicación deberá ser un guardián asignado por la corte o un conservador legal, o de tener un Poder Notarial (POA) para actuar en favor del miembro del hogar y deberá presentar una copia del poder junto con la aplicación. Regrese la solicitud a su prestador local de servicios de EAP. Su aplicación debe ser recibida dentro de los 60 días de la fecha en que firmo la solicitud y deberán ser fechadas y recibidas antes del 1ero de Septiembre del 2021. Además, su solicitud debe de ser estampada por el correo o recibida durante los 60 días de la fecha en que se firmó.**

- CUALQUIER información que falte retrasará las decisiones sobre su elegibilidad y cantidad de beneficio.
- Su Prestador de Servicio Local de EAP podrá ayudarlo a pagar facturas atrasadas y/o ayudarlo a hacer un arreglo de pago con su proveedor de energía y/o electricidad.
- Su solicitud será procesada lo más rápido posible. Le enviaremos una carta cuando se haya completado su solicitud.

Información Importante:

El Programa de Asistencia Energética puede proveer a hogares elegibles con ayuda de crisis energética. Llámenos **sólo** si:

- Sus servicios de calefacción han sido o serán desconectados,
- No puede conseguir que le lleven combustible, o
- Es propietario de su casa y su sistema de calefacción no funciona.

Lineamientos de ingresos para la elegibilidad del programa de Climatización (WAP)

Usted puede ser elegible para el programa de Climatización (WAP) aun si su ingreso excede los límites para el Programa de Asistencia Energética. El programa de Climatización provee actualizaciones gratis para propietarios de casa o inquilinos de bajos recursos para ayudar a ahorrar energía y para hacer su hogar un lugar más saludable y seguro para vivir. Para obtener información sobre los lineamientos de ingreso para este programa, por favor dirigirse al programa de Minnesota de Climatización a <http://mn.gov/commerce/consumers/consumer-assistance/weatherization> o llamar al **1-800-657-3710**.

Protección Reglamentaria de Clima Frío: Si usa gas natural o electricidad para calentar su casa o necesita electricidad para operar su termostato o ventilador de la caldera, puede ser elegible para la Protección Reglamentaria de Clima Frío entre el 15 de octubre y el 15 de abril.

- Protección Reglamentaria de Clima Frío ayuda a proteger su servicio de la desconexión o puede ayudar a reconectar su servicio.
- **Para obtener la Protección Reglamentaria de Clima Frío, DEBE comunicarse con sus compañías de energía y hacer y mantener un plan de pago. Si no cumple con un pago, pierde la protección y podría perder la calefacción.**
- Si recibe Asistencia Energética, precalifica para la Protección Reglamentaria de Clima Frío. El Programa de Asistencia Energética no es un plan de pago y no reemplazara lo que debe pagar.
- El personal del Prestador de Servicios puede ayudarlo a hacer un plan de pago razonable con sus compañías de energía.

HH: _____
Referencia _____
Rep#: _____
Monto del subsidio: _____

United Community Action Partnership, Inc.
200 Fourth St SW, PO Box 1359
Willmar, MN 56201
Phone (320) 235-0850 or (800) 992-1710
Fax: (320) 441-6399

Por favor usar tinta negra para completar esta aplicación. No usar marcadores en los documentos que envíe

Solicitud para los Programas de Energía de Minnesota 2020-2021



Antes de completar esta solicitud, lea cuidadosamente las hojas adjuntas: "Sus Derechos y Responsabilidades" y las Instrucciones.

Parte 1. Información Personal –Verifique que toda la información pre-impresa sea correcta. Corrija lo necesario.

| | |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Su Número de Seguro Social: | <ul style="list-style-type: none"> Se requieren números de seguro social (SSN) para todos los miembros del hogar y serán verificados Si un SSN válido no está disponible, se requerirá otra forma de documentación Si algún miembro del hogar no es elegible como ciudadano, su hogar aún puede recibir asistencia si al menos 1 miembro del hogar es ciudadano o no ciudadano elegible Su SSN se usará para obtener información sobre su salario y desempleo |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | |
|-------------------------|----------------------------|----------|---------------------|----------------|
| Su Nombre Legal: | | | | MM – DD – AAAA |
| Primer Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dirección de su hogar (dirección donde vive): | Dirección a donde se debe enviar su correspondencia (si es diferente a la de su residencia): |
| Calle _____ No. Apto _____ <u>MN</u> Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ País _____ | Calle o Apartado Postal _____ No. Apto _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ |

Idioma principal preferible: _____ **Teléfono de Casa:** (_____) _____ **Otro Teléfono:** (_____) _____

Correo Electrónico: _____ **Contacto por escrito, yo prefiero:** US Mail (carta por correo) Email

Representate Autorizado: Si usted completa esta sección, el "Representante Autorizado" tiene permiso de actuar como usted.

..... (.....).....

Nombre _____ Apellido _____ Teléfono _____

Si a usted le gustaria que el **Representante Autorizado** reciba su correspondencia en su nombre, agregue la direccion a continuacion:

Calle o Apartado Postal _____ No. Apto _____ Ciudad _____ Estado Código Postal _____

USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD EN LA PARTE INFERIOR DE LA ÚLTIMA PAGINA

Parte 2. Información del Hogar

COMENZANDO CON USTED, ENUMERE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (los padres sin custodia pueden incluir a sus hijos menores):

| Número de Seguro Social | Nombre legal Primer Nombre, Inicial del segundo nombre y Apellido | Fecha de Nacimiento | Ingresos | Numero de Empleadores | Sexo | Raza | ¿Hispano? | ¿Discapacidad | ¿Veterano? |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------|
| 555-55-5555 | Jon T. Smith | mm-dd-aaaa | Y/N | | M/F/ Otro | Mire abajo | S/N | S/N | S/N |
| | | - - | | | | | | | |
| | | - - | | | | | | | |
| | | - - | | | | | | | |
| | | - - | | | | | | | |
| | | - - | | | | | | | |
| | | - - | | | | | | | |
| | | - - | | | | | | | |
| | | - - | | | | | | | |

Si es necesario, adjunte una hoja con la información de cualquier miembro adicional.

Raza: **A** = Asiático **B** = Negro o Afroamericano **I** = Indígena americano o Nativo de Alaska
P = Nativo de Hawái o de otro lugar del Pacífico **W** = Blanco o Caucásico **M** = Multirracial **O** = Otro

¿Hay algún miembro del hogar que actualmente es empleado o es miembro de la mesa directiva de este Prestador de Servicio EAP local? Sí No

¿Cuántas personas en su hogar NO tienen seguro médico?

¿Se ha reducido el ingreso de los miembros del hogar en los últimos 3 meses? Sí No Si es sí, de quién?

FUENTES DE INGRESO Y OTRA ASISTENCIA (Marque todas las casillas que apliquen a su hogar y ENVÍE COMPROBANTES)

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia/Ingreso Agrario* ¿Fecha en que empezó su negocio?: <input type="checkbox"/> Rentas/Bienes raíces <input type="checkbox"/> Compensación de Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador <input type="checkbox"/> Ingreso por Interés o Dividendos <input type="checkbox"/> Interés por Escritura Hipotecaria <input type="checkbox"/> Trabajo recreativo (DWP) <input type="checkbox"/> Beneficios de Veterano | <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad Social (SSI) <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguridad Social (SSDI, RSDI, SSA) <input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación <input type="checkbox"/> Pensión/A anualidad (trimestral y anual) <input type="checkbox"/> Pagos Per Cápita <input type="checkbox"/> Bonos o compensaciones tribales <input type="checkbox"/> Discapacidad temporal/permanente <input type="checkbox"/> Programa de Beneficios Familiares de Minnesota (MFIP) <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) <input type="checkbox"/> Manutención Conyugal | <input type="checkbox"/> Otros ingresos no indicados: No se requiere comprobante de ingresos: <input type="checkbox"/> Soporte Infantil Mensual \$..... <input type="checkbox"/> Asistencia alimenticia <input type="checkbox"/> Crédito de Ingreso ganado (EITC) <input type="checkbox"/> Sin Ingreso (Por favor llámenos al 320-235-0850) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ENVÍE COMPROBANTES DE TODOS LOS INGRESOS de todas las personas en su hogar durante los últimos 3 meses completos. **Envíe copias, no regresaremos los originales.** Pagos por niños de K-12 no se cuentan como ingreso.

*Si trabaja por cuenta propia, envíe las primeras 2 páginas de su declaración de impuestos IRS-1040 más recientes y el formulario 1. Comuníquese con su Prestador de Servicios si no ha presentado un 1040 desde que comenzó el trabajo por cuenta propia.

Su solicitud será atrasada si no incluye los comprobantes de ingresos.

Debe firmar y poner la fecha en la última página de su solicitud. Todas las solicitudes deben ser recibidas y selladas antes del: **1ero de Septiembre del 2021**

| Si firma la solicitud en: | Enviar comprobante de ingresos brutos recibidos en: | El ingreso del hogar no puede ser más que estas pautas de ingreso por 3 meses: (Consulte a las instrucciones para las putas de ingreso de WAP) | |
|---------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | | Tamaño | Ingreso |
| Dic 2020 | Sept, Oct, Nov 2020 | | |
| Enero 2021 | Oct, Nov, Dic 2020 | 1 | \$8,479 |
| Febrero 2021 | Nov, Dic 2020, Enero 2021 | 2 | \$11,088 |
| Marzo 2021 | Dic 2020, Enero, Feb 2021 | 3 | \$13,697 |
| Abril 2021 | Enero, Feb, Marzo 2021 | 4 | \$16,307 |
| Mayo 2021 | Feb, Marzo, Abril 2021 | 5 | \$18,916 |
| Junio 2021 | Marzo, Abril, Mayo 2021 | 6 | \$21,525 |
| Julio 2021 | Abril, Mayo, Junio 2021 | 7 | \$22,014 |
| Agosto 2021 | Mayo, Junio, Julio, 2021 | 8 | \$22,503 |
| Sept. 2021 | Junio, Julio, Agosto 2021 | 9 | \$22,992 |

Parte 3. Fuentes de Calefacción

¿Qué compañías suministran la calefacción y electricidad en su casa? (ENVÍE COPIA DE SUS ÚLTIMAS FACTURAS DE CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD O RECIBO DE COMBUSTIBLE CON ESTA SOLICITUD)

| | Calefacción No. 1 | Calefacción No. 2 | Electricidad |
|-----------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| Nombre de la compañía | | | |
| Nombre en la Cuenta: | | | |
| Número de Cuenta: | | | |

¿Desea usted que el 30% de su beneficio se envíe a la compañía eléctrica? Sí No

Coloque "1" en la casilla al lado del combustible de calefacción que usted usa más frecuentemente y "2" para cualquier otro tipo de combustible que usa para calentar su hogar. (Nota: La electricidad es solamente una fuente de calefacción cuando calienta 1 o más de un cuarto)

| | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Aceite | <input type="checkbox"/> | Propano/LP | <input type="checkbox"/> | Madera | <input type="checkbox"/> | Granulados | <input type="checkbox"/> | Vapor Municipal | <input type="checkbox"/> |
| Gas Natural | <input type="checkbox"/> | Electricidad | <input type="checkbox"/> | Maíz | <input type="checkbox"/> | Otro biocombustible | <input type="checkbox"/> | Distrito de Calefacción de St. Paul | <input type="checkbox"/> |

¿Calienta su casa con madera, maíz, granulados u otro biocombustible? Sí No

De contestar **Sí**, conteste las 3 preguntas a continuación:

1. ¿Qué porcentaje de calefacción suministra? (Seleccione un porcentaje) ⇨

2. ¿Corta su propia madera o maíz? Sí No

3. ¿Cuántas habitaciones tiene su hogar?.....

| | | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 10% algunas veces | <input type="radio"/> 40% medio tiempo | <input type="radio"/> 70% Casi siempre | <input type="radio"/> 100% Siempre |
| <input type="radio"/> 30% algunas veces | <input type="radio"/> 50% medio tiempo | <input type="radio"/> 80% Casi siempre | |
| | <input type="radio"/> 60% medio tiempo | <input type="radio"/> 90% Casi siempre | |

Si tiene una emergencia en estos momentos, o no puede pagar su factura vencida, marque el tipo de situación a continuación y envíe una copia de la notificación de desconexión o factura de su compañía de energía.

- Ya está desconectado. Nombre de la Compañía: _____ Fecha de desconexión: _____ Cantidad que debe: _____
- Recibió una orden de desconexión. Nombre de la Compañía: _____ Fecha de desconexión: _____ Cantidad que debe: _____
- Tanque de combustible vacío (o tiene menos de 20% en su tanque). ¿Qué porcentaje tiene en el tanque? _____ Cantidad que debe: _____
- No puedo pagar la cantidad vencida. Compañía: _____ Cantidad: _____

Por favor de contacte a su compañía de energía para acordar un plan de pago.

¿Usted utiliza electricidad para la calefacción de su casa? Sí No. Si utiliza, marque en la(s) casilla(s) indicando como lo usa.

- Unidad Central de calefacción
- Calentador portátil solo cuando es necesario
- Calentador portátil es la **única** fuente de calefacción para uno o más habitaciones: _____
- Otro uso de calefacción eléctrica.** Marque todas las que apliquen: Calentador perimetral Calefacción de loza radiante
- Calefactor Eléctrico Bomba de calor

Enumere todos los cuartos donde la calefacción eléctrica es la **única** fuente de calor:.....

¿Desea registrarse para votar o actualizar su información de registro si se ha mudado? Sí No

Parte 4. Información del Hogar

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de vivienda: <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento/Condominio <input type="radio"/> Townhouse <input type="radio"/> Casa Móvil <input type="radio"/> Duplex <input type="radio"/> Triplex <input type="radio"/> Cuádruplex <input type="radio"/> Otro ¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo en su hogar? Años Meses | ¿Paga usted renta o hipoteca al mes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si es sí, la cantidad que usted paga \$: (requerido) |
| | Inquilinos: ¿Recibe un subsidio o vive en un hogar subvencionado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿El pago de la luz o la calefacción está incluido en el pago de su renta?: Marque si aplica Calefacción <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Nombre del Propietario: Nombre..... Teléfono: (.....) Calle o Apartado Postal _____ No. de Departamento _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____ |
| | Propietarios de vivienda: ¿Es dueño o está en proceso de comprar su casa? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si su calefacción/sistema de calefacción NO está funcionando, marque esta casilla: <input type="checkbox"/> Llámenos inmediatamente al 320-235-0850 si su calentador/sistema de calefacción no está funcionando. |
| | Uso comercial de la casa: Si usted trabaja por su cuenta, ¿Tiene el negocio en su casa? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, ¿Qué tipo de negocio y que tipo de trabajo hace en su casa o en su propiedad? ¿Alquila alguna parte de su casa a alguien? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |

1. ¿Esta interesado en una auditoría de climatización en su hogar? ____ Sí ____ No
2. ¿Necesita reemplazar cualquiera de los siguientes aparatos? (Marques todas las que aplican): Refrigerador ____
Congelador ____ Lavadora de Ropa ____ Acondicionador de Aire ____ (Este programa no esta disponible en todas las áreas. Le llamamos si califica.)

Si necesita información de estos servicios indigue marcando:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Educación Básica para Adultos(GED)/ESL | <input type="checkbox"/> Climatización/Puntas de Conservación de Energía |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Trabajo | <input type="checkbox"/> Programas de Energía/Heatshare |
| <input type="checkbox"/> Alimentación para Adultos de Tercera Edad | <input type="checkbox"/> Asistencia de Comida (SNAP)/ Banco de Comida/Alimento |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Legal | <input type="checkbox"/> Head Start/Head Start de nacimiento a 5 años |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Medica | <input type="checkbox"/> Recurso de Cuidado de Menores y Referencias |
| <input type="checkbox"/> Ingreso Seguro Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Programas de Guardería para Antes y Después de la Escuela |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación de Viviendas | <input type="checkbox"/> Educación de Crianza de los Hijos/Educación de Presupuestos |
| <input type="checkbox"/> Preparación Fiscal de Inpuesto | <input type="checkbox"/> Programa de Transporte |
| <input type="checkbox"/> Ejecución de Embargo/Asistencia de Emergencia para Viviendas | <input type="checkbox"/> Programa de Mentores para Jovenes |

Parte 5. Consentimiento y Firma para el 1 de octubre de 2020 al 30 de septiembre de 2021

1. Doy consentimiento a mis compañías de electricidad y de calefacción para que proporcionen información sobre mi cuenta y de mi uso eléctrico al Departamento de Comercio de Minnesota (Comercio) y los contratistas del Comercio para el programa de Asistencia Energética (EAP), Programa de Asistencia de Climatización (WAP), y el programa de Mejoras de Conservación (CIP).
2. Doy consentimiento a la Administración de Seguro Social y al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (MDHS) y a sus agencias afiliadas para que compartan información referente a mi Numero de Seguro Social y a mis beneficios de asistencia pública recibidos durante el último año de elegibilidad para beneficios con Comercio y sus contratistas de Comercio para EAP, WAP y CIP.
3. Autorizo a EAP, WAP y CIP de Minnesota para:
 - Contactar a mi empleador para verificar mi ingreso.
 - Si alquilo, comunicarse con el dueño de la propiedad para verificar mi residencia y/o la fuente de calefacción.
4. Autorizo a mis Prestadores de Servicio local de EAP, WAP and CIP a contactarme para referencias y ayuda.
5. Con mi firma reconozco que la información en esta solicitud esta correcta. Entiendo que:
 - Actualmente vivo en la dirección que aparece en esta solicitud.
 - Estoy firmando en representación de todos los miembros de mi hogar.
 - Es posible que tenga que comprobar mis declaraciones.
 - Puedo ser civilmente o criminalmente penalizado bajo ley federal o estatal por hacer declaraciones falsas o fraudulentas intencionalmente.
 - Tengo derechos bajo los programas de EAP, WAP y CIP. He recibido una copia de “Sus Derechos y Responsabilidades” y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones.
 - Puedo apelar las decisiones tomadas por mi Prestador de Servicio EAP local sobre mis beneficios.
 - Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que mi hogar recibirá asistencia.
 - Soy un adulto o un menor emancipado.

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Nombre en letra de imprenta:</p> <p>Firma: Fecha de hoy:</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Todas las solicitudes deben llevar el sello postal o ser recibidas por EAP el 1 ero de Septiembre del 2021 o antes. Además, su solicitud debe tener un sello postal o ser recibida dentro de los 60 días de la fecha en que la firme.

Los fondos se podrían agotar, apliquen pronto.

Declaración de Privacidad y sus derechos y responsabilidades

Notificación de Privacidad

Provisiones de la Ley de Privacidad: Las leyes federales y estatales exigen que le informemos sobre sus derechos y responsabilidades antes de recolectar y usar información acerca suya que esté clasificada como privada y confidencial. Este formulario le proporciona información importante conforme con el Acta de Privacidad federal de 1974, 5 U.S.C. sección 552a (e)(3), y la Ley sobre la Práctica de Datos del Gobierno de Minnesota, Estatuto de Minnesota §13.04, párrafo 2 (también conocida como una Advertencia Tennessee [Tennessee Warning]). Por favor lea esta Notificación de Privacidad cuidadosamente antes de completar y firmar la Solicitud para los Programas Energéticos de Minnesota y guárdela en sus archivos para su uso en el futuro. Esta Notificación de Privacidad es pertinente al Programa de Asistencia Energética (EAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia de Climatización (WAP, por sus siglas en inglés) y el Programa de Mejoras de Conservación (CIP, por sus siglas en inglés), conocida también como Programas Energéticos.

¿Por qué recolectamos esta información en la solicitud?

Nosotros usaremos esta información para investigar, evaluar y administrar los Programas Energéticos.

Necesitamos esta información:

- Para diferenciarlo de otras personas.
- Para ver si usted califica para recibir asistencia.
- Para permitirnos solicitar fondos federales o estatales para pagar por la asistencia que usted recibe.
- Para cumplir con los requisitos de reportes federales y estatales.

¿Tiene usted que proveernos la información?

Usted tiene el derecho de no proveernos la información que le pedimos.

¿Qué sucede si usted nos proporciona o si no nos proporciona la información?

Si usted nos proporciona la información requerida en la solicitud, su solicitud será procesada.

Si usted no nos proporciona la información:

- Su solicitud no será procesada.
- Puede ser que usted no reciba servicios.
- Puede ser que usted no reciba ayuda con sus facturas eléctricas.
- Puede ser que sus servicios sean demorados.

Conservaremos cualquier información que nos proporcione, ya sea que su solicitud sea aprobada o no.

¿Quién puede ver esta información?

Las siguientes personas podrán recibir información contenida en su solicitud para los Programas Energéticos solo si (i) ellos necesitan acceso a la información de la solicitud para hacer trabajos en relación con los Programas Energéticos (EAP, WAP y CIP), o (ii) ellos utilizan la información para reportes, para medir los resultados y referencia con el propósito de elegibilidad.

- Proveedores de Servicios EAP Locales que están bajo contrato con el Departamento de Comercio de Minnesota.
- Los auditores de los Programas según lo requerido por las circulares de la Oficina de Manejo y Presupuestos (OMB, por sus siglas en inglés)
- Los Departamentos de Administración, Comercio, Empleo y Desarrollo Económico, Servicios Humanos, Ingresos y la Oficina de Tecnología Empresarial de Minnesota.
- Departamentos de Salud, Recursos Humanos y Energía de los Estados Unidos.
- La Comisión de los Servicios Públicos de Minnesota.
- El Auditor Legislativo de Minnesota.
- Personas autorizadas conforme a órdenes de la corte o citaciones.
- Sus proveedores de energía para asequibilidad y Programas Energéticos.
- Asociación de Acción Comunitaria de Minnesota.
- Departamento de Salud de Minnesota
- La Agencia de Financiamiento de Vivienda de Minnesota
- Administración del Seguro Social de los Estados Unidos.
- Otras agencias o entidades según permitido por la ley federal o estatal.

¿Por qué solicitamos sus números del seguro social?

Utilizamos los números de seguro social en la administración de los Programas Energéticos (EAP, WAP y CIP) para asegurar que los solicitantes elegibles y los miembros del hogar reciban solamente los beneficios permisibles. La ley federal nos permite exigir que usted nos proporcione su número de seguro social con el fin de procesar su solicitud y para prevenir, detectar y corregir fraude y abuso. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) del Acto de Seguro Social, 42 U.S.C. § 405 (c)(2)(C)(i). Se requiere que el solicitante principal proporcione su número de seguro social verificable para poder procesar su solicitud. El proveer los números de seguro social de los otros miembros del hogar nos ayudará a procesar su solicitud con más rapidez. Todos los solicitantes

(excepto los no ciudadanos elegibles) deben proporcionar un número de seguro social verificable para poder procesar su solicitud.

¿Por qué solicitamos información sobre su raza?

Esta información es voluntaria. Se compila y se registra únicamente para fines estadísticos. El programa no puede discriminar por razones de raza o antecedentes étnicos, religión, género, orientación sexual o afiliación política.

Sus Derechos y Responsabilidades

Usted tiene ciertos derechos para recibir ayuda:

- Aplicar de nuevo si su solicitud es denegada.
- Aplicar para recibir más ayuda si usted lo necesita.
- Conocer los reglamentos y cómo nosotros determinamos la asistencia que le brindemos.
- Recibir una respuesta dentro de un período de tiempo razonable una vez que usted nos entregue toda la información requerida.
- Apelar dentro de 30 días después de conocer los resultados de su solicitud si:
 - Recibió una carta de denegación y cree que usamos la información incorrecta para tomar la decisión.
 - Usted no obtuvo la ayuda que le prometieron.

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

Usted nos debe informar si usted o cualquier miembro de su hogar:

- Recibió ayuda con el pago de sus cuentas eléctricas a principios del invierno.
- Se muda a una nueva dirección (avísenos dentro de 30 días de mudarse).
- Cambia de proveedor de combustible o compañía de gas o electricidad.

Este programa puede pagar solo parte de sus facturas de calefacción y electricidad. Usted es responsable de pagar el resto.

¿Qué pasa si cree que la información en su archivo es incorrecta?

Hable con su Prestador de Servicios EAP local sobre lo que cree que está mal en su archivo.

¿Qué sucede si usted proporciona información falsa?

Los Proveedores de Servicio EAP locales o el Departamento de Comercio de Minnesota pueden revisar y verificar la información contenida en su aplicación o proporcionada de otra manera. Usted puede ser negado/a para los beneficios del Programa Energético si provee información incompleta o falsa. Es posible que usted sea sujeto a cargos civiles o criminales bajo la ley federal o estatal por proporcionar intencionalmente información falsa o fraudulenta en su solicitud.

¿Cómo puede usted presentar una queja?

Si usted siente que el pago de su cuenta eléctrica no fue por la cantidad que debería haber sido, o si usted no recibió los servicios que piensa que debería haber recibido, usted puede contactar al Prestador de Servicio EAP local mencionado en su solicitud. Si usted no está satisfecho con su respuesta, puede escribir una carta de apelación al Prestador de Servicio EAP local. Guarde su dirección y número telefónico.

Si usted no está satisfecho con la respuesta a su queja, escriba a:

Appeals Officer
Energy Assistance Program
Minnesota Department of Commerce
85 East 7th Place, Suite 280
St. Paul, MN 55101-2198

Si usted siente que ha recibido un trato distinto a los demás debido a su color, raza, nacionalidad, religión, sexo, edad, estado civil, creencias políticas, o debido a una discapacidad física, mental o emocional, escriba una carta a:

Minnesota Department of Human Rights
Grigg's Midway Building
540 Fairview Ave. N, Suite 201
St. Paul, MN 55104
<https://mn.gov/mdhr/>

-O-

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 1300
Chicago, IL 60601
www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints

Solicite ayuda:

Si no comprende la información de este documento, llame a su Prestador de Servicios EAP local y solicite asistencia. Su número de teléfono aparece en la primera página de la Solicitud de Programas Energéticos de Minnesota.