

SOLICITUD DE PROGRAMAS ENERGÉTICOS DE MINNESOTA 2023-2024

La Solicitud de los programas energéticos de Minnesota está disponible en hmong, somalí, español, vietnamita o en letra grande a través de su Proveedor de Servicios o en línea en mn.gov/home

Esta solicitud se utiliza para solicitar estos programas:

- Programa de Asistencia Energética (EAP, por sus siglas en inglés)
- Programa de Asistencia para Climatización (WAP, por sus siglas en inglés)
- Programa de Mejora de la Conservación (CIP, por sus siglas en inglés)

Cómo completar esta solicitud

- Lea toda la información en esta solicitud.
- Complete toda la información sobre todas las personas que viven en su hogar. TODAS las personas que viven en el hogar son miembros del hogar si comparten la cocina u otras áreas de la vivienda.
- Complete y entregue la solicitud, el comprobante de ingresos y otros documentos a su Proveedor de Servicios.
- Debemos tener la solicitud completa para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir ayuda.

If you need help filling out this application, call your local EAP Service Provider. Their telephone number is listed on the first page of the Minnesota Energy Programs Application.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con su proveedor de servicio del PAE local. El número de teléfono se encuentra en la primera hoja de la solicitud de los programas energéticos de Minnesota.

Haddii aad uga baahan tahay caawin buuxinta codsigan, wax Bixiyahaaga Adeega EAP ee maxaliga ah. Lambarka taleefankooda wuxuu ku qoran yahay bogga koowaad ee Codsiga Barnaamijyada Tamarta ee Minnesota.

Yog koj xav tau kev pab sau daim ntawv thov no, hu rau Tus Neeg Muab Kev Pab EAP hauv koj cheeb tsam. Lawv tus xov tooj yog teev rau ntawm thawj nplooj ntawv ntawm Daim Ntawv Thov Minnesota Cov Khoo Kas Pab Them Nqi Hluav Taws Xob.

Nếu quý vị cần hỗ trợ để điền vào đơn đăng ký này, hãy gọi cho Nhà Cung Cấp Dịch Vụ EAP tại địa phương của quý vị. Số điện thoại của các nhà cung cấp được liệt kê trên trang đầu tiên của Đơn Đăng Ký Chương Trình Năng Lượng Minnesota.

Envío de comprobante de ingresos

- Envíe comprobantes de todos los ingresos brutos recibidos por todas las personas de su hogar en el último mes calendario completo antes del mes en que usted firma su solicitud. Envíenos copias, los originales no serán devueltos.

| Solicitud firmada el: | Envíe comprobante de ingresos brutos recibidos en: |
|-----------------------|--|
| Agosto 2023 | Julio 2023 |
| Septiembre 2023 | Agosto 2023 |
| Octubre 2023 | Septiembre 2023 |
| Noviembre 2023 | Octubre 2023 |
| Diciembre 2023 | Noviembre 2023 |
| Enero 2024 | Diciembre 2023 |
| Febrero 2024 | Enero 2024 |
| Marzo 2024 | Febrero 2024 |
| Abril 2024 | Marzo 2024 |
| Mayo 2024 | Abril 2024 |

| Los ingresos del hogar no pueden superar estos límites de ingresos en el periodo de 1 mes: | |
|--|---------|
| Núm. de miembros del hogar | Ingreso |
| 1 | \$2.722 |
| 2 | \$3.559 |
| 3 | \$4.397 |
| 4 | \$5.235 |
| 5 | \$6.072 |
| 6 | \$6.910 |
| 7 | \$7.067 |
| 8 | \$7.224 |
| 9 | \$7.381 |

Que comprobantes debe enviar

- **Salarios:** el EAP puede usar su SSN para verificar los salarios informados por su empleador. Es posible que le pidamos que proporcione talones de cheques u otra verificación si no podemos verificar su salario. Si sus ingresos han disminuido recientemente, deberá proporcionar comprobante de su salario mensual completo más reciente del mes anterior a firmar su solicitud.
- **MFIP, GA, DWP:** el estado de cuenta del condado que muestre el monto mensual o estados de cuenta bancarios.
- **Manutención del cónyuge o pensión alimenticia:** copias de cheques, extractos bancarios o una nota firmada por el pagador que indique el monto y las fechas del pago, u otro comprobante del monto recibido.
- **Pensiones para veteranos, seguro social, RSDI y SSI:** cartas de concesión, extractos bancarios que muestren depósitos directos o copias de cheques.

- **Pensiones para trabajadores, discapacidad a corto y largo plazo:** aviso de concesión de beneficios, copias de cheques de pensión o discapacidad para trabajadores, registros de pensiones para trabajadores o registros de abogados.
- **Pensión por desempleo:** el EAP puede verificar estos ingresos por usted. Si no podemos verificarlo, deberá presentar comprobantes.
- **Ingresos de trabajadores autónomos, agrícolas o de alquiler:** su IRS-1040 incluyendo la página de firma y el Anexo 1. Si no declaró impuestos, llame a su Proveedor de Servicios y solicite un formulario de trabajo autónomo.
- **Intereses, dividendos:** extractos bancarios, IRS-1099 o IRS-1040.
- **Ingresos de jubilación, incluidos los ingresos de IRA:** cheques/talones de pensiones, extractos bancarios o cartas de concesión.
- **Pensiones y anualidades:** cheques/talones de pensiones, extractos bancarios o cartas de concesión.
- **Pagos tribales per cápita, de bonificación o de sentencia:** cheques/talones de pensiones, extractos bancarios o cartas de concesión.
- **Sin ingresos:** si su hogar no tiene ingresos ni hay nadie que sea trabajador autónomo, llame a su Proveedor de Servicios.

****Envíe copias de su comprobante de ingresos. Los originales no serán devueltos****

¿Cuáles son las siguientes etapas?

- Su Proveedor de Servicios local revisará su solicitud y se comunicará con usted si necesita información adicional.
- Si tienen toda la información necesaria, su Proveedor de Servicios procesará la solicitud lo más rápido posible y recibirá una carta indicándole si puede recibir ayuda.
- Si se aprueba, pagaremos su subsidio a las empresas que figuren en su solicitud.
- Si se le deniega, le informaremos el motivo y cómo puede volver a presentar una solicitud o apelar la decisión.

Ayuda de emergencia energética

El Programa de asistencia energética puede ayudarlo si tiene una emergencia energética. Póngase en contacto con su Proveedor de Servicios si:

- Su calefacción o electricidad está cortada o se le cortará
- No puede obtener un suministro de combustible
- Usted es dueño de su casa y su calefactor no funciona

Números de Seguro Social (SSN)

Se requieren números de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) para todos los solicitantes, a menos que presente la solicitud como persona elegible que no es ciudadano (por ejemplo, residente permanente, asilado, refugiado, etc.). Si no proporciona números de seguro social válidos o documentos de inmigración, no podemos procesar su solicitud. En caso de ser una persona elegible que no es ciudadano, es posible que pueda presentar una solicitud sin un SSN. Póngase en contacto con su Proveedor de Servicios para conocer los documentos requeridos. Si usted o algunos miembros de su hogar son elegibles y no son ciudadanos, su hogar aún puede recibir ayuda en el caso de que algún miembro del hogar sea una persona elegible ya sea ciudadano elegible o no. Póngase en contacto con su Proveedor de Servicios para obtener más detalles. El Estado utilizará los SSN en la administración de EAP para verificar la identidad, evitar la participación duplicada y determinar la elegibilidad para los beneficios públicos. Su SSN también se utilizará para obtener información sobre salarios y pensión por desempleo del Departamento de Empleo y Desarrollo Económico de Minnesota (DEED, por sus siglas en inglés), verificar la información que nos brinde en la solicitud y para prevenir, detectar y corregir el fraude, el despilfarro y el abuso.

Solicitantes no ciudadanos

Para obtener ayuda de los programas energéticos de Minnesota, debe ser ciudadano o residir legalmente en los Estados Unidos (EE. UU.). **Los beneficios de asistencia energética no se incluyen en las determinaciones de carga pública.** Puede solicitar y obtener ayuda para los miembros del hogar elegibles, incluso si usted o algunos miembros del hogar no son elegibles debido a su estado migratorio. Los miembros de su hogar que no sean ciudadanos elegibles deben mostrar prueba de su estado migratorio. Entregue una copia de ambos lados de las tarjetas de inmigración u otros documentos que muestren el estado migratorio de cada miembro del hogar que no sea ciudadano elegible. Todos los miembros del hogar, independientemente de su estatus migratorio o de ciudadanía, deben proporcionar su información de ingresos, pero solo aquellos que sean ciudadanos o no ciudadanos elegibles se contarán como miembros del hogar. Comuníquese con su Proveedor de Servicios para averiguar qué se requiere para su situación. **No compartimos información sobre usted con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) sin su permiso.**

Pautas de elegibilidad de ingresos del Programa de asistencia para climatización (WAP)

Puede ser elegible para el Programa de asistencia para climatización (WAP) incluso si los ingresos de su hogar son más altos que los límites del EAP. El WAP proporciona actualizaciones gratuitas de suministro energético para el hogar a propietarios e inquilinos que reúnan los requisitos de ingresos para ayudar a ahorrar energía y hacer de su hogar un lugar saludable y seguro para vivir. Para obtener información, visite <https://mn.gov/commerce/consumers/consumer-assistance/weatherization> o llame al **1-800-657-3710**

Normativa de protección contra el frío

Si usa gas natural o electricidad para calentar su hogar o necesita electricidad para operar el termostato o ventilador del calefactor, puede ser elegible para la protección de la regla del clima frío entre el 1 de octubre y el 30 de abril.

- La Normativa de protección contra el frío ayuda a proteger su servicio de la desconexión o puede ayudarlo a reconectar su servicio.
- **Para obtener la Normativa de protección contra el frío, DEBE comunicarse con sus empresas energéticas para crear y mantener un plan de pago. Si no realiza un pago, pierde su protección y podría perder su calefacción.**
- Si recibe asistencia energética, usted precalifica para la protección de la regla del clima frío. El Programa de asistencia energética no es un plan de pago y no reemplazará lo que debe pagar.
- Su Proveedor de Servicios puede ayudarlo a hacer un plan de pago razonable con sus empresas energéticas.

United Community Action Partnership Inc.
 200 Fourth Street SW
 PO Box 1359
 Willmar, MN 56201
 website: www.unitedcapmn.org Email: eapucap@unitedcapmn.org

Para uso de la oficina

HH: _____
 Remisión _____
 No. de Rep.: _____
 Monto del subsidio: _____

En su lugar, presente
 su solicitud en línea
mn.gov/home



Utilice tinta negra para completar su solicitud. No use resaltadores en los documentos que envíe.

SOLICITUD DE LOS PROGRAMAS ENERGÉTICOS DE MINNESOTA 2023-2024



Phone: (320) 235-0850
 Toll Free: (800) 992-1710
 Fax: (320) 441-6399



Antes de completar esta solicitud, lea atentamente "Sus derechos y responsabilidades" y las instrucciones adjuntas.

Parte 1. Información personal: verifique que toda la información preimpresa en esta solicitud sea correcta. Realice cambios según sea necesario.

| | |
|---|---|
| Su número de Seguro Social (SSN) | <ul style="list-style-type: none"> Se requieren números de seguro social (SSN) para todos los miembros del hogar y se verificarán Si un SSN válido no está disponible, se requiere otra forma de documentación Si algún miembro del hogar no es ciudadano y no es elegible, su hogar aún puede recibir asistencia si al menos 1 miembro del hogar es una persona elegible ya sea ciudadano o no Usamos su SSN para obtener información sobre salarios y pensiones por desempleo |
|---|---|

| | | | | |
|-------------------------|----------------------------|----------|---------------------|----------------|
| Su nombre legal: | | | | MM – DD – AAAA |
| Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--------|---------------|-------------|---|--------|---------------|-------------|
| Dirección actual donde vive | | | | Dirección postal (si es diferente de la dirección donde vive): | | | |
| Número de casa y calle | | | No. de Apt. | Calle o apartado postal | | | No. de Apt. |
| _____ | MN | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | Estado | Código postal | Condado | _____ | Estado | Código postal | _____ |

| | | | | |
|------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Idioma hablado: _____ | Teléfono principal: (_____) _____ | <input type="checkbox"/> celular | Otro teléfono: (_____) _____ | <input type="checkbox"/> celular |
|------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|

| | |
|---|--|
| Dirección de correo electrónico: _____ | Para contactarme (Elija solo uno) |
| | por escrito, prefiero: <input type="radio"/> Correo de EE. UU. (carta) <input type="radio"/> Correo electrónico |

Representante autorizado: si completa esta sección, el "Representante autorizado" tiene permiso para actuar en su nombre, pero no puede firmar la solicitud a menos que esté legalmente autorizado para hacerlo (p. ej., poder notarial, tutor o custodio). Incluir documentación con la solicitud.

| | | |
|---------------|----------|---------------|
| Primer nombre | Apellido | Teléfono |
| _____ | _____ | (_____) _____ |

Quiero que el **Representante Autorizado** reciba correo en mi nombre (si está marcado, ingrese su dirección a continuación).

| | | | | |
|-------------------------|-------------|--------|--------|---------------|
| Calle o apartado postal | No. de Apt. | Ciudad | Estado | Código postal |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

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

Parte 2. Información del hogar

Enumere a todos los miembros del hogar, comenzando por usted (los padres sin custodia pueden incluir a sus hijos menores):

| OBLIGATO | | | ÚLTIMOS 6 MESES | | | Última fecha trabajada MM/DD/AA | Género Escriba ej.: Masculino | Raza Vea abajo | Latino/a/x S/N | Hispano S/N | Discapacitado S/N | Veterano S/N |
|---|---|-----------------------------------|----------------------------------|------------|-----------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Núm. de Seguro Social Ej.: 555-55-5555 | Nombre legal Primer nombre Inicial segundo nombre Apellido Ej.: Pat T. Smith | Fecha de nacimiento mm-dd-aaaa | Ingresos/Pr estaciones S/N | Beneficios | Ingresos/ | | | | | | | |
| (Propio) | | - - | | | | | | | | | | |
| | | - - | | | | | | | | | | |
| | | - - | | | | | | | | | | |
| | | - - | | | | | | | | | | |
| | | - - | | | | | | | | | | |

De ser necesario, adjunte una hoja separada para cualquier miembro adicional del hogar.

Raza: A = Asiático B = Negro o afroamericano I = Indio americano o nativo de Alaska
P = Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico W = Blanco M = Varias razas O = Otro

- ¿Ha disminuido los ingresos relacionados con el trabajo de algún miembro del hogar en los últimos 6 meses? ¿De quién?
Para cada persona, envíe el mes calendario completo de ingresos más reciente como comprobante. Consulte las instrucciones para obtener más información.
- ¿Hay miembros del hogar mayores de 18 años sin ingresos? ¿Quiénes son? Explique
- ¿Quiere registrarse para votar o actualizar su registro si ha cambiado de domicilio? Sí No
- ¿Alguien en su hogar es actualmente un empleado o miembro de la junta de esta agencia de asistencia energética? Sí No
- ¿Cómo se enteró de la Asistencia de Energía? Amigos/familia Periódico Carteles Redes sociales/anuncio digital
 Radio Arrendador Trabajador del condado Oficina de veteranos Sitio web del estado o condado Proveedor de servicios públicos/combustible Otro

Ingresos, beneficios y otra asistencia: durante el último mes calendario completo antes de firmar esta solicitud, marque todo lo que corresponda para todos en su hogar. Enumere a todas las personas que tienen ese ingresos o beneficios al lado de ese tipo de ingreso o beneficio e **incluya comprobantes** con esta solicitud. Consulte las instrucciones para obtener más información sobre sus tipos de ingreso o beneficio.

| | | | | |
|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| Ingreso | ¿Quién tiene estas prestaciones? | | ¿Quién tiene estas prestaciones? | |
| <input type="checkbox"/> Salarios | _____ | <input type="checkbox"/> Pensión por desempleo | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo/Ingresos agrícolas/ Contratista/Autónomo/Independiente | _____ | <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses o dividendos | _____ | |
| Mes y año de inicio del negocio:..... | | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler | _____ | |
| <i>*Envíe su IRS-1040 incluyendo la página de firma y el Anexo 1</i> | | <input type="checkbox"/> Pensiones para trabajadores | _____ | |
| <i>Vea las instrucciones si no presentó un 1040 para este trabajo</i> | | <input type="checkbox"/> Contrato de interés de escritura | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sin ingresos: Llámenos. (320) 235-0850 | _____ | <input type="checkbox"/> Otra asistencia | _____ | |
| Beneficios | ¿Quién tiene estas prestaciones? | | ¿Quién tiene estas prestaciones? | |
| <input type="checkbox"/> Prestaciones del Seguro Social (SSDI, RSDI, SSA) | _____ | <input type="checkbox"/> Pensiones para veteranos | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | _____ | <input type="checkbox"/> Pagos tribales per cápita | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Pensión/Anualidad (incluyendo trimestral y anual) | _____ | <input type="checkbox"/> Sentencias tribales o bonificación tribal | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación (incluyendo IRA, etc.) | _____ | <input type="checkbox"/> Discapacidad a largo/corto plazo (Sin SSDI) | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Programa de Inversión Familiar de MN (MFIP o TANF) | _____ | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o apoyo conyugal | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) – Prestaciones en efectivo | _____ | <input type="checkbox"/> Trabajo recreativo (DWP) | _____ | |

No requieren comprobantes de ingresos:

- Manutención de los hijos - Monto mensual \$ _____
- Ayuda alimentaria Crédito tributario por ingreso del trabajo
- Ayuda Suplementaria de Minnesota (MSA) _____

Su solicitud se retrasará si no incluye todos los comprobantes requeridos de sus ingresos.

Parte 3. Información sobre vivienda

Vivo en: Casa Apartamento/Condominio Casa con paredes comunes Casa móvil Dúplex Tríples Cuadruplex Otro.....

¿Cuánto tiempo ha vivido en su casa actual? Años Meses ¿Cuántas personas viven en su casa?

Pago: Alquiler Hipoteca Alquiler de lote No hago pagos mensuales.

¿Cuál es la cantidad total mensual que paga? \$.....requerido

| | |
|---|--|
| <p>Soy inquilino: ¿Recibe un subsidio de alquiler o vive en una vivienda protegida? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>¿La calefacción o la electricidad están incluidas en su alquiler? Marque las que apliquen: <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Electricidad</p> <p>Información del arrendador Nombre:..... Teléfono (.....)..... Calle o apartado postal Apt. núm. Ciudad..... Estado..... Código postal.....</p> | <p>Soy propietario de una casa: ¿Es dueño o está pagando su casa? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si su calefactor/sistema de calefacción NO funciona actualmente, marque esta casilla: <input type="checkbox"/> Llámenos inmediatamente (320) 235-0850 si su calefactor/sistema de calefacción no funciona.</p> <p>Inquilinos y propietarios: Si trabaja por cuenta propia, ¿el negocio está en su casa? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, ¿qué tipo de negocio y qué trabajo se realiza en su hogar o en su propiedad?</p> <p>¿Alquila parte de su casa a alguien más? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Comparte su tanque de combustible o medidor de energía con otro hogar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> |
|---|--|

Parte 4. Proveedores de energía

¿Qué compañías suministran calefacción y electricidad a su hogar?

Envíe una copia de sus últimas facturas y/o recibo de combustible con esta solicitud.

La asistencia para pagar el agua ya no está disponible a partir del 30 de agosto de 2023

| | Calefacción principal | Otra fuente de calefacción | Electricidad | Huerto solar |
|-----------------------------|---|---|--|--------------|
| Nombre de la empresa | | | | |
| Tipo de combustible: | <input type="radio"/> Gas natural <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Petróleo <input type="radio"/> Biocombustible <input type="radio"/> Vapor | <input type="radio"/> Gas natural <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Petróleo <input type="radio"/> Biocombustible <input type="radio"/> Vapor | <input type="checkbox"/> La principal fuente de calor es la electricidad | |
| Número de cuenta: | | | | |
| Nombre en la cuenta: | | | | |

A menos que se indique a continuación, dividiremos su prestación. El 70 % se pagará a su compañía principal de calefacción y el 30 % a su empresa de electricidad.

OPCIONAL: Si desea que su prestación se pague de manera diferente, indíquelo a continuación:

Todo a la calefacción principal Todo a la electricidad Otro:

Si calienta con leña u otro biocombustible:
 Biocombustible que usa - Leña Pellets Maíz Otro
 ¿Qué porcentaje de su calor le suministra esto?.....%
 ¿Cuántos dormitorios hay en su casa?.....
 ¿Suministra su propia leña/ Biocombustible ? Sí No

Emergencia de energía

Si tiene una emergencia en este momento, marque el tipo de situación a continuación y envíe una copia del aviso:

- El servicio fue desconectado. Empresa:..... Fecha de desconexión.....
- Aviso de desconexión recibido. Empresa:..... Fecha programada:.....
- Tanque de combustible vacío (o menos del 20 % en el tanque) y se requiere el pago al momento de la entrega.
 Qué % hay en su tanque hoy:..... Tamaño del tanque:

Póngase en contacto con su empresa energética para establecer un plan de pago.

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.)
3. ¿Esta interesado en alguna asistencia para la reparación de su hogar? ____Sí ____No ¿Qué tipo de reparaciones necesita su hogar?

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 del 1 de octubre de 2023 al 30 de septiembre de 2024

1. Doy mi consentimiento para que mis compañías de suministro de calefacción y electricidad proporcionen datos sobre mi cuenta y el uso de energía al Departamento de Comercio de Minnesota (Commerce, por su nombre en inglés) y los contratistas de Comercio para el Programa de Asistencia Energética (EAP), el Programa de Asistencia para Climatización (WAP) y el Programa de Mejora de la Conservación (CIP).
2. Autorizo a la Administración del Seguro Social, al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y sus agencias afiliadas, y al Departamento de Empleo y Desarrollo Económico de Minnesota a compartir datos sobre mi número de Seguro Social, beneficios públicos recibidos e ingresos en el último año para la elegibilidad para beneficios con Commerce y los contratistas de Commerce para EAP, WAP y CIP.
3. Autorizo a EAP, WAP y CIP de Minnesota a:
 - Contactar a mi empleador para verificar mis ingresos.
 - Comunicarse con mi arrendador para confirmar mi residencia y/o fuente de calefacción si soy un inquilino.
4. Autorizo a mis Proveedores de Servicios EAP, WAP y CIP a comunicarse conmigo para divulgación y referencias.
5. Al firmar, afirmo que todos los datos en esta solicitud son correctos. También reconozco que:
 - Actualmente resido en la dirección que figura en esta solicitud.
 - Estoy firmando en nombre de todos los miembros del hogar.
 - Puede que tenga que justificar mis declaraciones.
 - Puedo ser civil o criminalmente responsable bajo la ley federal o estatal por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas.
 - Tengo derechos bajo el EAP, WAP y CIP. He recibido una copia del “Aviso de privacidad y sus derechos y responsabilidades” y acepto sus términos y condiciones.
 - Puedo apelar las decisiones del Proveedor de Servicios de programas energéticos local sobre mis beneficios.
 - Entiendo que la información faltante retrasará la determinación de si califico para recibir ayuda.
 - Entiendo que mi Proveedor de Servicios puede ayudar a pagar facturas energéticas atrasadas y/o crear un plan de pago con mis empresas energéticas.
 - Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que mi hogar reciba asistencia.
 - Soy un adulto, menor emancipado o menor cabeza de familia sin adultos o menores emancipados.

Nombre en letra de molde:

Firma: **Fecha:**

Todas las solicitudes deben tener matasellos o ser recibidas por el EAP el a más tardar el 31 de mayo de 2024.

Su solicitud debe tener matasellos o recibirse dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que la firme.

Solicite con anticipación, los fondos pueden agotarse.

Aviso de privacidad y sus derechos y responsabilidades

Aviso de Privacidad

Disposiciones de la Ley de Privacidad: las leyes federales y estatales exigen que le informemos sobre sus derechos y responsabilidades antes de recopilar y utilizar información sobre usted que se clasifica como privada o confidencial. Este formulario le brinda información importante que cumple con la Ley federal de privacidad de 1974, 5 U.S.C. § 552a(e)(3) y la Ley de Prácticas de Datos del Gobierno de Minnesota, Estado de Minn. § 13.04, inciso 2 (también conocida como Advertencia de Tennessee).

Lea atentamente este Aviso de privacidad antes de completar y firmar la Solicitud de los programas energéticos de Minnesota y conserve este Aviso de Privacidad en sus registros para uso futuro. Este Aviso de Privacidad se aplica al Programa de asistencia energética (EAP), el Programa de asistencia para climatización (WAP) y el Programa de mejora de la conservación (CIP), también conocidos como programas de suministro energético.

¿Por qué recopilamos la información en la aplicación?

Usaremos su información para investigar, evaluar y administrar los Programas de energía. Necesitamos la información:

- Para conocerte de otras personas.
- Para ver si cumple con los requisitos para recibir asistencia.
- Para permitirnos obtener fondos federales o estatales para la asistencia que recibe.
- Para cumplir con los requisitos de informes federales o estatales.

¿Está obligado a proporcionarnos la información?

Tiene derecho a no proporcionarnos la información que le solicitamos.

¿Qué pasa si nos proporciona o no proporciona la información?

Si nos proporciona la información solicitada en la solicitud, su solicitud será procesada. Si no nos proporciona esa información:

- Su solicitud no será procesada.
- Es posible que no reciba servicios.
- Es posible que no reciba ayuda con las facturas energéticas.
- Sus servicios pueden retrasarse.

Conservaremos la información que nos proporcione, se apruebe o no su solicitud.

¿Quién podría ver esta información?

Las siguientes personas pueden recibir información contenida en su solicitud de programas de suministro energético si: (i) necesitan acceso a la información de la solicitud para hacer su trabajo en relación con los programas de suministro energético (EAP, WAP y CIP), o (ii) están autorizados por la ley federal o estatal para recibirla, o (iii) utilizan la información para informes, para medir resultados y para propósitos de referencias y elegibilidad:

- Proveedores de Servicios de programas de suministro energético locales bajo contrato con el Departamento de Comercio de Minnesota (Commerce).
- Community Services Block Grant (Subsidios Globales en Servicios Comunitarios) y Minnesota Community Action Grant Service Providers (Proveedores de servicios de Subvención de Acción Comunitaria de Minnesota) bajo contrato con Commerce.
- Auditores de programas según lo requiera o permita la guía de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas).
- Departamentos de Administración, Comercio, Empleo y Desarrollo Económico, Salud, Agencia de Financiación de la Vivienda, Servicios Humanos, Ingresos y Servicios MN.IT
- Departamentos de Salud y Servicios Humanos y Energía de los Estados Unidos.
- Comisión de Servicios Públicos de Minnesota.
- Auditor Legislativo de Minnesota.
- Las personas autorizadas por orden judicial.
- Sus empresas energéticas para programas de suministro energético y asequibilidad.
- Minnesota Community Action Partnership.
- Administración del Seguro Social de los Estados Unidos.
- Otras agencias o entidades permitidas por la ley federal o estatal.

¿Por qué recopilamos números de Seguro Social?

Usamos números de Seguro Social en la administración de los programas suministro energético (EAP, WAP y CIP) para asegurar que los solicitantes elegibles y los miembros de su hogar reciban solo los beneficios permitidos. La ley federal nos permite exigirle que divulgue su número de Seguro Social para procesar su solicitud y prevenir, detectar y corregir el fraude y el abuso. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i). Todos los solicitantes (excepto las personas elegibles que no sean ciudadanos) deben proporcionar un número de Seguro Social verificable para poder procesar su solicitud.

¿Por qué pedimos información sobre su raza?

Esta es información voluntaria. Se recopila y registra únicamente con fines estadísticos. El programa no puede discriminar por motivos de raza u origen étnico, religión, género, orientación sexual o afiliación política.

Sus derechos y responsabilidades

Tiene ciertos derechos para obtener ayuda:

Usted tiene derecho a:

- Hacer una nueva solicitud en caso de ser negada.
- Solicitar más ayuda si la necesita.
- Saber cuáles son las reglas y cómo decidimos qué ayuda puede obtener.
- Recibir una respuesta en un tiempo razonable después de enviar toda la información.
- Apelar dentro de los 30 días posteriores al envío de los resultados de su solicitud si:
 - Recibe una carta de rechazo y piensa que usamos la información incorrecta para tomar la decisión.
 - No recibe la ayuda que se le prometió.

Usted tiene estas responsabilidades:

Debe informarnos si usted o algún miembro de su hogar:

- Recibió ayuda con sus facturas energéticas a principios de este invierno.
- Cambió de domicilio (infórmenos dentro de los 30 días posteriores a la mudanza).
- Cambia de distribuidor de combustible o de empresa de gas o electricidad.

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

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

Hable con su Proveedor de Servicios EAP local sobre la información que usted cree que está incorrecta en su archivo.

¿Qué pasa si proporciona información falsa?

Los proveedores de servicios de EAP locales o el Departamento de Comercio de Minnesota pueden confirmar y verificar cualquier información contenida en su solicitud o proporcionada de otra manera. Es posible que se le nieguen las prestaciones del Programa de energía si proporciona información incompleta o falsa. Es posible que se le considere civil o penalmente responsable según la ley federal o estatal por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas en su solicitud.

Cómo presentar una queja:

Si cree que su pago de suministro energético no fue lo que debería ser o no recibió los servicios que pensó que recibiría, puede comunicarse con el Proveedor de Servicios del EAP local que figura en la solicitud. Si no está satisfecho con su respuesta, puede escribir una carta de apelación al Proveedor de Servicios del EAP local. Mantenga un registro de su dirección y número de teléfono.

Si no está satisfecho con su respuesta a su apelación, escriba a:

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

Si siente que ha sido tratado de manera diferente debido a su color, raza, origen nacional, religión, sexo, género, edad, estado civil, creencias políticas o discapacidad física, mental o emocional, escriba a una de las siguientes entidades:

Departamento de Derechos Humanos de
Minnesota
Grigg's Midway Building
540 Fairview Ave. N, Suite 201
St. Paul, MN 55104
<https://mn.gov/mdhr/>

-O-

Departamento de Salud y Servicios Humanos
de EE. UU.
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 1300
Chicago, IL 60601
www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints