



**PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS DE RHODE ISLAND**

**Formulario de solicitud 2023-2024**

Número de solicitud: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Por favor, lea y complete el siguiente formulario de dos páginas.

**Solicitante principal**

<b>Nombre</b>		<b>Teléfono</b>			
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono móvil</b>			
<b>Ciudad Estado</b> <b>Código postal</b>					
<b>Email</b>		<b>¿Hay algún veterano en el hogar?</b>	<table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> </table>	Sí	No
Sí	No				

<b>¿Habla inglés?</b>	Sí	No	Si no es así, ¿qué idioma habla?	
-----------------------	----	----	----------------------------------	--

Lista de todos los miembros del hogar				Sexo	Discapacitados	Raza	Etnia	Nivel de educación	Seguro de salud	Relación	Estado civil
Nombre	Fecha de nacimiento	Código de ingresos	Número de Seguro Social								

*Vea los códigos de solicitud en la página 3*

**Información sobre los miembros/vivienda**

**Tipo de vivienda (marque una):**

Unifamiliar - Propio	Unifamiliar - Alquiler	Dúplex - Propio	Dúplex - Alquiler	Condominio - Propio	Condominio - Alquiler
Multifamiliar (2-4) - Propio	Multifamiliares (2-4) - Alquiler	Multifamiliar (5+) - Propio	Multifamiliares (5+) - Alquiler	Casa móvil - Propia	Casa móvil - Alquiler

<b>¿Vive en una vivienda del Plan 8 o en una vivienda subvencionada?</b>	Sí	No	<b>Alquiler mensual o coste de la vivienda:</b>	
--	----	----	---	--

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Número de solicitud:** \_\_\_\_\_

¿Recibe usted prestaciones del programa SNAP (cupones de alimentos)?	Sí	No	¿Está incluida la calefacción en el alquiler/cuota del condominio?	Sí	No
¿Comparte el sistema de calefacción con otra unidad de alquiler o residencia?	Sí	No	¿Dónde se enteró de la existencia de LIHEAP?		

**Información para proveedores / Conservación**

**Tipo de calefacción (marque uno)**

01. Gasóleo	02. Gas	03. Propano
04. Electricidad	05. Carbón	06. Leña
07. Keroseno	08. Incluida en el alquiler	09. Otros

**Información del propietario (por favor, rellene)**

Nombre del propietario	
Dirección del propietario	
Teléfono del propietario	

**Fuente de calefacción**

Compañía de calefacción	
Cuenta #	
Nombre en la factura	
Tipo de combustible	

**Compañía eléctrica**

Compañía eléctrica	
Cuenta #	
Nombre en la factura	

**Información sobre la climatización**

¿Está interesado en que su hogar sea climatizado?	Sí	No	¿Se ha climatizado su hogar?	Sí	No
---	----	----	------------------------------	----	----

**ACUERDO Y FIRMA**

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera y exacta. Toda la información contenida en esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para los beneficios bajo el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) y el Programa de Asistencia de Climatización (WAP, por sus siglas en inglés) de Rhode Island. La recopilación de su número de Seguro Social no está prohibida por la ley federal y se requiere como una estipulación para recibir los beneficios. Al proporcionar la información de la solicitud, usted autoriza al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island y a sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados con las bases de datos o registros federales, estatales, del condado, del proveedor de energía, del empleador y del propietario. También autorizo a mi proveedor de energía/compañía de servicios públicos a divulgar los datos relacionados con la energía de mi hogar al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island o a sus agentes autorizados. Afirmo además que soy la única persona del hogar que solicita asistencia de LIHEAP este año del programa y que no he solicitado anteriormente LIHEAP en este lugar ni en ninguna otra agencia autorizada de LIHEAP. Autorizo al Departamento de Servicios Humanos del Estado de Rhode Island a considerar y verificar a los subcontratistas con los que se compartirá esta información para la elaboración de informes, a fin de administrar los programas de Servicios Humanos de manera eficaz y eficiente.

Se que si cualquier información que proporcione en esta solicitud es falsa o engañosa, será la base para la inelegibilidad y será investigada y procesada como fraude.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no recibe una decisión sobre su solicitud después de 60 días a partir de la fecha de recepción de la misma, tiene derecho a una audiencia imparcial y puede presentar un recurso. **Cualquier información que falte o esté incompleta en este formulario o en la documentación posterior puede retrasar el proceso de solicitud.**

**ESTA SECCIÓN DEBE SER RELLENADA ÚNICAMENTE POR LA AGENCIA**

**Declaración de admisión:** Certifico que he seguido las políticas establecidas en el Manual de Administración y Procedimientos de LIHEAP de Rhode Island al procesar esta solicitud de beneficios de LIHEAP, y que, a mi leal saber y entender, la información de este formulario es completa y exacta.

Este solicitante presentó    En persona     Mediante un representante     Por correo

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CÓDIGOS DE SOLICITUD**

<b>Ingresos:</b>	Salario bruto =W	Autoempleo =S	Seguridad Social = SS	Desempleo = U	Compensación laboral = C
Prestaciones para veteranos = V	Pensión = P	Dividendo/Interés=D	Ingresos por alquiler =R	Pensión alimenticia = A	Manutención de los hijos =CI
Obras de RI=RI	Carta de apoyo = H	TDI = TD	SSI =SSI	SNAP/Cupones de alimentos =F	

<b>Educación:</b>	0-8º grado=A	9-12º Graduado=B	No Graduado de secundaria/GED=C	12+ secundaria parcial=D	Graduado universitario de 4 años=E	Sin respuesta=U
-------------------	--------------	------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------------------	-----------------

<b>Raza:</b>	Negra/afroamericana = 01	Blanca=02	Asiática=03	Hispana/Latina=04
Hawái/Islas del Pacífico = 05	Indio Americana/Nativa de Alaska=06	Sin respuesta=07	Otros=08	Dos o más razas=09

<b>Etnia:</b>	Hispano/Latino =01	No Hispano/Latino =02	Desconocido/ No reportado=03
---------------	--------------------	-----------------------	------------------------------

<b>Médico:</b>	Medicare=01	Medicaid = 02	Privado=03	Ninguno=04	Rite Care = 05	Otros desconocidos=06
----------------	-------------	---------------	------------	------------	----------------	-----------------------

<b>Relación:</b>	Solicitante=A	Cónyuge=S	Niño=C	Hijo adoptivo=F	Madre=M	Padre=F	Padre del niño=D	Hermana=G
Hermano=B	A b u e l o = E	Tía=I	Tío=U	Primo=L	Sobrina=N	Sobrino=R	No relacionado=Z	Otros=O

<b>Género:</b>	Femenino=F	Masculino=M	Otros no revelado =O
----------------	------------	-------------	----------------------