División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS DE ENERGÍA Y PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA Y ALCANTARILLA

El **Programa de Asistencia para Servicios de Energía (EAP)** está diseñado para ayudar a hogares elegibles de Nevada con sus costos anuales de calefacción y electricidad.

✳ REQUISITOS DE INGRESOS ✳

El total de los ingresos mensuales en bruto de todos los miembros del hogar no puede exceder las cantidades indicadas en la siguiente tabla.

LOS INGRESOS MENSUALES EN BRUTO DE SU HOGAR NO PUEDEN EXCEDER:					
Personas en el hogar	Ingresos anuales	Ingresos mensuales	Personas en el hogar	Ingresos anuales	Ingresos mensuales
1	$20,385	$1,698.75	5	$48,705	$4,058.75
2	$27,465	$2,288.75	6	$55,785	$4,648.75
3	$34,545	$2,878.75	7	$62,865	$5,238.75
4	$41,625	$3,468.75	8	$69,945	$5,828.75

(Para familias/hogares con más de 8 personas, añade $7,080 a los ingresos anuales para cada persona adicional.)

Los hogares en donde vive alguien con una enfermedad crónica o de larga duración, que pagan gastos médicos por cuenta propia y cuyos ingresos en bruto exceden las normas de ingresos, pueden tener sus ingresos contables reducidos por gastos calificados verificados.

Los hogares que son elegibles para EAP son categóricamente elegibles para WSAP si el hogar es elegible para beneficios de agua y alcantarilla.

✳ BENEFICIOS ✳

Los hogares elegibles reciben un beneficio anual, una vez por año, llamado "crédito anual fijo" que normalmente se paga directamente a sus proveedores de energía, agua y alcantarilla. El beneficio aparece como un crédito en la factura.

PAGO MÍNIMO – El pago mínimo anual para los hogares elegibles es de $240.

✳ ¿CUÁNDO SOLICITAR ASISTENCIA? ✳

- ➔ Si su familia no está inscrita actualmente en el programa y cumple con los requisitos de ingresos, solicite **AHORA**.
- ➔ Si recibió un beneficio de EAP durante los últimos 12 meses, se le enviará por correo una notificación cuando sea necesario volver a solicitar EAP. Si entrega una solicitud antes de la fecha de elegibilidad para volver a solicitar, la solicitud será negada.

✳ ¿QUÉ NECESITO? ✳

Complete la solicitud de EAP y entréguela con la verificación requerida. Sugerencias para verificaciones de ingresos se indican al reverso de esta página. Para otras preguntas, llame al:

Reno/Carson City	(775) 684-0730
Las Vegas	(702) 486-1404
Teléfono gratuito	(800) 992-0900

Para obtener más información de los requisitos del programa visite nuestro sitio web: http://dwss.nv.gov.
Puede informarse acerca del Programa de Asistencia de Climatización en:
http://housing.nv.gov/programs/Weatherization/

EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA COMO COMPROBANTE DE INGRESOS

Toda la documentación enviada con su solicitud puede ser el original o una fotocopia. Si no puede fotocopiar los originales, nuestra oficina hará copias de los documentos y si lo pide, se los enviaremos después de procesar su caso.

Ingresos ganados: Incluyen ingresos de empleo, empleo por cuenta propia (ver a continuación), servicios de cuidado de niños, limpieza de casa, y/o cualquier servicio por el cual le pagan. Proporcione copias de sus talones de pago (si le pagan en efectivo, una declaración de la persona que le pagó por un servicio) por lo menos de los últimos treinta (30) días consecutivos. Si le pagan una vez por semana, proporcione 4 talones de pago. Si le pagan cada dos semanas o dos veces por mes, proporcione 2 talones de pago. Si no tiene talones de pago, es aceptable una declaración firmada y fechada en papel membretado, de su empleador indicando sus ingresos brutos de los últimos (30) días y la frecuencia de pago. Si está trabajando a través de una agencia de empleo o de guardia, proporcione comprobantes de ingresos de los últimos 12 meses.

Ingresos de Empleo por cuenta propia/Negocio sin fines de lucro: Pueden incluir estados de cuenta de ganancias y pérdidas firmados por el solicitante detallando los ingresos brutos y gastos (deben proporcionarse recibos de deducciones) durante los últimos 12 meses; una copia de la declaración de impuestos sobre las ventas con las ganancias brutas netas; estados financieros; una solicitud de préstamo con los ingresos y gastos de los últimos 12 meses; o el formulario 2011 de DWSS que incluye recibos para deducciones permitidas. Deducciones permitidas incluyen: los costos de bienes vendidos, útiles y materiales, publicidad, contabilidad y honorarios legales, salarios de empleados, renta/hipoteca de oficina, teléfono, servicios públicos, costos de transporte necesarios para producir ingresos, etc.

Ingresos no ganados: Incluyen ingresos de la Administración del Seguro Social, la Administración de Beneficios de Veteranos, pensiones, discapacidad, servicio militar, desempleo, manutención de niños, pensión alimenticia, intereses, dividendos o pagos periódicos de seguros o anualidades. **Si recibe ingresos *del Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos, pensiones, discapacidad, retiro militar o desempleo***: proporcione una copia del formulario de verificación del beneficio o carta de concesión del presente año con cualquier aumento por costo de vida. **Si recibe *manutención de niños o pensión alimenticia***: proporcione copia de la orden de divorcio/separación/acuerdo o una carta fechada de la persona que paga la manutención (incluyendo su nombre, dirección y teléfono), o una copia del último cheque o estado de cuenta de la agencia de Servicios de Cumplimiento de la Manutención de Niños. **Si recibe *intereses de ingresos o dividendos***: proporcione 12 meses de estados de cuentas bancarios, certificados de depósito u otra documentación detallada firmada por la institución financiera, o estado de cuenta trimestral del agente comercial con los ingresos.

Contribuciones monetarias y/o regalos recurrentes: Si alguien le está ayudando a pagar sus gastos o le está dando dinero, proporcione una declaración firmada por cada persona, con su nombre, dirección y número de teléfono, indique si la ayuda continuará, y la cantidad que le ha proporcionado durante los últimos seis meses. Proporcione una declaración firmada y fechada de la persona que proporciona el dinero indicando la cantidad de la ayuda financiera, la frecuencia con que se paga, cuándo comenzó el arreglo, y si se paga directamente a un vendedor o a usted en dinero en efectivo. La declaración debe incluir el nombre con letra de molde, dirección(es) y teléfono(s) del contribuyente.

Ingresos estudiantiles: Incluye TODO tipo de becas y subvenciones como la Beca Pell, Beca Federal Complementaria para la Oportunidad Educativa (FSEOG), beneficios de educación de la Administración de Beneficios de Veteranos, etc. Por favor proporcione confirmación por escrito de la cantidad de la ayuda y confirmación por escrito de la institución educativa del costo de la matrícula, cargos, libros y equipo para los dos (2) semestres anteriores y clases de verano (si es aplicable). Si los beneficios se pagan directamente al estudiante, se aceptan copias de los últimos cheques de beneficios o cheques cobrados o recibos de la matrícula, cargos, libros y equipo.

Ingresos de Asistencia Pública: Incluyendo pero no limitado a TANF, asistencia general del condado, Servicios Sociales de Clark County o Asistencia general para Indios Americanos/Nativos de Alaska. Proporcione una declaración por escrito de la agencia pública indicando la cantidad pagada durante el último mes o copia de la carta de concesión o cheque.

POR FAVOR TOME NOTA: No aceptamos los formularios 1099 o W-2 por sí solos como prueba de ingresos.

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS DE ENERGÍA
Y PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA Y ALCANTARILLA
ENVÍE SU SOLICITUD A UNA DE LAS OFICINAS INDICADAS A CONTINUACIÓN POR CORREO ***O*** FAX
O ENVÍE SU SOLICITUD POR CORREO ELECTRÓNICO A: ENERGYASSISTANCE@DWSS.NV.GOV

LAS VEGAS / LAS VEGAS NORTE
3330 E. Flamingo Rd., #55, Las Vegas, NV 89121
Teléfono: (702) 486-1404 Fax: (702) 486-1441

OFICINA PARA EL RESTO DEL ESTADO
2527 N. Carson Street, Suite 260, Carson City, NV 89706
Teléfono: (775) 684-0730 Fax: (775) 684-0740

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS DE ENERGÍA

Por favor complete todas las secciones y conteste cada pregunta. Firme la solicitud y el formulario de Derechos y Obligaciones. El no completar todas las secciones y preguntas y/o no firmar la solicitud y los Derechos y Obligaciones O no proporcionar la documentación requerida indicada en la solicitud, retrasará el proceso de su solicitud y puede resultar en la negación de la solicitud.

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/HOGAR

Por favor seleccione programas que solicitan: ☐ EAP ☐ WSAP ☐ Ambos

Complete lo siguiente para todas las personas que viven en su hogar, **incluyendo** a usted *(adjunte hojas adicionales si es necesario*). *El primer nombre en la solicitud debe ser el del solicitante (la persona en el hogar que aparece en la factura de servicios públicos). Proporcione prueba de identidad para el solicitante.*

Origen étnico - Por favor elija uno de los siguientes códigos para cada miembro del hogar: H-Hispano/Latino; N-No Hispano o Latino, o X-Preferir no divulgar

Raza - Por favor elija uno de los siguientes códigos para cada miembro del hogar: A-Asiático; B-Negro o Afroamericano; I-Indio Americano o Nativo de Alaska; J-Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco; L-Asiático y Blanco; M-Negro o Afroamericano y Blanco; N-Indio Americano o Nativo de Alaska y Negro o Afroamericano; U-Nativo de Hawái u Otro isleño del Pacífico; W-Blanco; Z-2 o más combinaciones no indicadas anteriormente o X-Preferir no divulgar

Género - Por favor elija uno de los siguientes códigos para cada miembro del hogar: M-Se identifica como Masculino, F-Se identifica como Femenina, o O-Otro

Orientación sexual - Por favor elija uno de los siguientes códigos para cada miembro del hogar: A-Asexual, B-Bisexual, F-Variable, GL-Gay/Lesbiana, H-Heterosexual, P-Pansexual, Q-Queer, O-Otro, o X-Preferir no divulgar

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre) (Jr., Sr., III)	Parentesco con usted	Origen	Raza	Género	Orientación	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	EDAD	Ciudadano de EE.UU. o *No ciudadano elegible Sí	Ciudadano de EE.UU. o *No ciudadano elegible No	Discapacitado Sí	Discapacitado No	Número de Seguro Social
	Sí mismo							☐	☐	☐	☐	
								☐	☐	☐	☐	
								☐	☐	☐	☐	

¿Hay más personas que viven en su residencia? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es "SÍ", enumérelas en una hoja por separado.

Dirección de su domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección en donde recibe correo *(si es distinta a la dirección de su domicilio.)*	Ciudad	Estado	Código postal

Teléfono del hogar ( )	Teléfono durante el día/Mensajes/Celular ( )	Dirección de correo electrónico

***Anote los nombres de los miembros del hogar no ciudadanos autorizados como residentes legales de los Estados Unidos:**

***Proporcione copias de la parte del frente y de atrás de su I-551 (Tarjeta de Residente Permanente) con esta solicitud.**

B. INFORMACIÓN DE SU VIVIENDA

Inquilinos: Proporcione una copia completa y firmada del contrato de arrendamiento o alquiler, fechado dentro de los últimos 12 meses y con una lista de todas las personas que viven en la residencia(s). Si está subvencionado, proporcione documentos firmados de la División de Viviendas enumerando todas las personas en la residencia, el alquiler y el reembolso de servicios públicos.

Compradores/Propietarios: Proporcione una copia del estado de cuenta de la hipoteca o comprobante de amortización o información de impuestos actuales.

1. Tipo de vivienda: ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Condominio/Casa adosada ☐ Habitación alquilada ☐ Casa móvil ☐ Dúplex ☐ Motel/Hotel ☐ Estudio ☐ Caravana ☐ Otro: _____
2. Costo de vivienda: ☐ Renta $_____ ☐ Renta subvencionada $_____ ☐ Renta de espacio $_____
   ☐ Compra $_____ ☐ Dueño ¿Cuándo terminó de pagar su hipoteca? _____
3. Sólo inquilinos/compradores: Nombre del propietario, complejo de vivienda o empresa prestadora hipotecaria: _____

   _____

   Dirección: _____ No. de teléfono: (_____) _____
4. ¿Reside en una vivienda subvencionada con la calefacción y electricidad incluidas en la renta? ☐ SÍ ☐ NO

   Si la respuesta es SÍ, seleccione todo lo aplicable: ☐ Sección 8 ☐ Sección 49 ☐ Otro_____

C. AYÚDENOS A SERVIR MEJOR A OTROS

¿Cómo se enteró acerca del Programa de Asistencia para servicios de Energía? Marque lo más aplicable:

☐ TV ☐ Amigo ☐ Participante anterior de EAP ☐ Otro: *Por favor especifique*
☐ Radio ☐ Propietario ☐ Notificación por correo _____
☐ Periódicos, revistas, etc. ☐ Compañía de servicios públicos (volante o empleado) ☐ Empleado de servicios sociales

D. INFORMACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

Proveedores de Agua y Alcantarilla

SERVICIOS DE AGUA **(Adjunte copia de la factura)**	**SERVICIOS DE ALCANTARILLA** **(Adjunte copia de la factura)**
Marque lo aplicable: ☐ Recibe una factura de la compañía de agua ☐ El servicio de agua está incluido en la renta/hipoteca ☐ Paga una factura por separado al propietario para el servicio de agua	**Marque lo aplicable:** ☐ Recibe una factura de la compañía de alcantarilla ☐ El servicio de alcantarilla está incluido en la renta/hipoteca ☐ Paga una factura por separado al propietario para el servicio de alcantarilla
(Nombre de la compañía de agua)	(Nombre de la compañía de alcantarilla)
(Número de cuenta con la compañía de agua)	(Número de cuenta con la compañía de alcantarilla)
(Nombre en la cuenta) ¿El nombre que aparece en la cuenta es el del propietario? ☐ ☐ (Si el titular de la cuenta no vive con usted, proporcione su dirección, número de teléfono, la relación de esta persona con usted, prueba de identidad de la persona cuyo nombre aparece en la factura de servicios de agua y una declaración que le autoriza a solicitar beneficios en su nombre.)	(Nombre en la cuenta) ¿El nombre que aparece en la cuenta es el del propietario? ☐ SÍ ☐ NO (Si el titular de la cuenta no vive con usted, proporcione su dirección, número de teléfono, la relación de esta persona con usted, prueba de identidad de la persona cuyo nombre aparece en la factura de servicios de alcantarilla y una declaración que le autoriza a solicitar beneficios en su nombre.)
ASISTENCIA DE PAGOS ATRASADOS	**ASISTENCIA DE PAGOS ATRASADOS**
¿Tiene pagos atrasados con su proveedor de agua y quiere ayuda para pagar esta deuda? ☐ SÍ ☐ NO	¿Tiene pagos atrasados con su proveedor de alcantarilla y quiere ayuda para pagar esta deuda? ☐ SÍ ☐ NO

Proveedores de Energía

SERVICIO DE ELECTRICIDAD (Adjunte copia de la factura)	SERVICIO DE CALEFACCIÓN (Adjunte copia de la factura)
Marque lo aplicable: ☐ Recibe una factura de la compañía de servicios públicos ☐ El servicio de electricidad está incluido en la renta/hipoteca ☐ Paga una factura por separado al propietario para el servicio de electricidad	**Marque la fuente de calefacción principal:** ☐ Gas natural ☐ Electricidad ☐ Propano ☐ Aceite combustible ☐ Queroseno ☐ Leña ☐ Otro _____ **Marque lo aplicable:** ☐ Recibe una factura de la compañía de servicios públicos ☐ El servicio de calefacción está incluido en la renta/hipoteca ☐ Paga una factura por separado al propietario para el servicio de calefacción
(Nombre de la compañía de electricidad)	(Nombre de la compañía de calefacción)
(Número de cuenta con la compañía de electricidad)	(Número de cuenta con la compañía de calefacción)
(Nombre en la cuenta) ¿El nombre que aparece en la cuenta es el del propietario? ☐ SÍ ☐ NO (Si el titular de la cuenta no vive con usted, proporcione su dirección, número de teléfono, la relación de esta persona con usted, prueba de identidad de la persona cuyo nombre aparece en la factura de servicios públicos y una declaración que le autoriza a solicitar beneficios en su nombre.)	(Nombre en la cuenta) ¿El nombre que aparece en la cuenta es el del propietario? ☐ SÍ ☐ NO (Si el titular de la cuenta no vive con usted, proporcione su dirección, número de teléfono, la relación de esta persona con usted, prueba de identidad de la persona cuyo nombre aparece en la factura de servicios públicos y una declaración que le autoriza a solicitar beneficios en su nombre.)
AYUDA CON PAGOS ATRASADOS (Una vez cada cinco años)	**AYUDA CON PAGOS ATRASADOS (Una vez cada cinco años)**
¿Tiene pagos atrasados con su compañía de electricidad y quiere ayuda para pagar esta deuda? ☐ SÍ ☐ NO	¿Tiene pagos atrasados con su compañía de calefacción y quiere ayuda para pagar esta deuda? ☐ SÍ ☐ NO

Si su proveedor de energía es NV Energy o Southwest Gas, necesita proporcionar la factura de servicios públicos actual. Para los demás proveedores de energía, proporcione comprobantes de los últimos 12 meses de consumo para su dirección actual en dólares y termias, vatios y/o galones. Comprobantes pueden ser copias de las facturas de los últimos 12 meses o una copia impresa del proveedor de energía.

E. ¿CÓMO QUIERE QUE SE PAGUE SU BENEFICIO DE EAP?

Elija como quiere que se paguen sus beneficios de EAP: (Marque SÓLO uno)

☐ **Mi beneficio dividido entre el proveedor de calefacción y el de electricidad.** ☐ **Pagar mi beneficio entero al proveedor de calefacción.** ☐ **Pagar mi beneficio entero al proveedor de electricidad.**

Si usted elige dividir el pago, su beneficio se dividirá entre ambos proveedores de energía sin exceder su consumo anual por proveedor. El beneficio puede no resultar en una división equitativa a partes iguales.
Si usted elige un solo pago, su beneficio se pagará a ese proveedor para su consumo anual y si hay un saldo restante se pagará a su segundo proveedor. Si no elige una de las opciones anteriores, su beneficio se dividirá entre los dos proveedores sin exceder el consumo anual por proveedor.

F. INGRESOS

1. **INGRESOS GANADOS**: ¿Está trabajando algún miembro de su hogar, sin importar su edad? ☐ SÍ ☐ NO **Si la respuesta es SÍ,** complete la siguiente información: ((Incluya ingresos de empleo por cuenta propia, negocio, cuidado de niños, limpieza de casa, trabajo ocasional y organizaciones sin fines de lucro.)

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA	EMPLEADOR	FECHA DE CONTRATACIÓN (mm/dd/aa)	TIPO DE TRABAJO	SALARIO EN BRUTO POR CHEQUE	FRECUENCIA DE PAGO	PROPINAS POR MES

Anote todo los miembros del hogar, de 18 años o más, que no están empleados actualmente:

NOMBRE DE LA PERSONA	EMPLEADOR ANTERIOR	ÚLTIMA FECHA QUE TRABAJÓ (mm/dd/aa)	SALARIO EN BRUTO POR CHEQUE	¿ESPERA REGRESAR AL TRABAJO PENDIENTE SSI? Si la respuesta es Sí, explique.

Adjunte copias de todos los talones de pago u otro comprobante de ingresos brutos por lo menos de los últimos treinta (30) días aunque esta persona ya no esté empleada. No aceptamos los formularios 1099 o W-2 por sí solos como prueba de ingresos. EXCEPCIÓN: Para empleo por cuenta propia, adjunte estados de cuenta de ganancias y pérdidas de 12 meses.

2. **INGRESOS NO GANADOS**: Complete lo siguiente, indicando quién, si alguien, recibe dinero o beneficios de las fuentes indicadas a continuación. Debe marcar SÍ o NO para cada tipo de ingreso y adjuntar comprobantes de todos los ingresos no ganados. **No aceptamos los formularios 1099 o W-2 por sí solos como prueba de ingresos.**

SÍ	NO	TIPO DE INGRESO	¿QUIÉN LO RECIBE?	CANTIDAD BRUTA	FRECUENCIA
☐	☐	Pensión alimenticia			
☐	☐	Ingresos por Huéspedes/Inquilinos *(Adjunte comprobante de renta o alquiler notariado)*			
☐	☐	Manutención de niños			
☐	☐	Contribuciones/Regalos/Donaciones a una iglesia o caridad			
☐	☐	Dinero para educación/Préstamos estudiantiles *(Adjunte comprobantes de la matrícula, libros y útiles para los DOS semestres anteriores)*			
☐	☐	Asistencia Nutricional (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional-SNAP) ¿En Nevada? ☐ Sí ☐ No Si No, ¿en qué estado?			
☐	☐	Cuidado temporal			
☐	☐	Asistencia del condado / Asistencia general			
☐	☐	Intereses / Dividendos / Anualidades / Regalías			
☐	☐	Préstamos			
☐	☐	Ingresos en pago único *(Liquidaciones, pagos retroactivos, etc.)*			
☐	☐	Ingresos o asignaciones militares			
☐	☐	Reclamos mineros			
☐	☐	Pidiendo limosna			
☐	☐	Pensiones / Pensión de jubilación			
☐	☐	Alquiler o venta de propiedad			
☐	☐	Retiro ferroviario			
☐	☐	Habitación alquilada *(Adjunte comprobante de renta o alquiler notariado)*			
☐	☐	Beneficios de la Seguridad Social (RSDI)			
☐	☐	Beneficios a huelguistas			
☐	☐	Vivienda subvencionada			
☐	☐	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
☐	☐	Arreglos de Vivienda Residencial (SLA)			
☐	☐	Asistencia de TANF			
☐	☐	Asistencia tribual / Asistencia general para Indios Americanos (IGA)			
☐	☐	Ingresos de fondos fiduciarios *(Adjunte comprobante si no son accesibles)*			
☐	☐	Seguro de desempleo			
☐	☐	Subvención de servicios públicos / Cheque de reembolso			
☐	☐	Beneficios de Veteranos			
☐	☐	Ganancias de juego			
☐	☐	Compensación de Trabajadores o Discapacidad temporal			
☐	☐	Otro			

PAGANDO GASTOS:

1. Si los gastos del hogar (p. ej., renta, servicios públicos, alimentos) son más que los ingresos del hogar, explique cómo paga estos gastos.

2. Si alguien le está ayudando a pagar sus gastos o le está dando dinero, usted debe proporcionar una declaración firmada por cada persona, con su nombre, dirección, número de teléfono y la cantidad de la ayuda financiera que le ha proporcionado durante cada uno de los últimos seis meses.

A continuación, complete la información de la(s) persona(s) que le proporcionó una declaración:

Nombre de la persona ayudando	Dirección	Número de teléfono	Cantidad	Frecuencia

¿Espera usted cambios en los ingresos o beneficios del hogar? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es SÍ, ¿qué cambios?_____¿Cuándo?_____

Cambios de ingresos antes de la certificación se utilizarán para determinar la elegibilidad.

G. RESPONSABILIDAD

La información proporcionada en esta solicitud está sujeta a verificación o investigación por oficiales federales, estatales y locales. Si usted hace una declaración falsa o engañosa, falsifica, oculta o retiene información, o no reporta cambios para establecer o mantener elegibilidad de asistencia para servicios de energía o asistencia para servicios de agua y alcantarilla, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. Si usted recibe beneficios a los que usted no tiene derecho, usted debe reembolsar todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. También puede ser prohibido de participar en el programa y ser procesado criminalmente o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

¿Se ha determinado alguna vez que usted cometió una Violación de Programa Intencional (IPV)? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es SÍ, ¿en qué estado?_____

H. AUTORIZACIÓN

Al firmar esta solicitud yo autorizo al Departamento de Salud y Recursos Humanos a realizar investigaciones acerca de mí o cualquier otro miembro de mi hogar que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios recibidos o por recibir bajo programas administrados por la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social. Por la presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí y/o miembros del mi hogar a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social por el titular de la información, independientemente de la manera o forma de posesión, incluyendo pero no limitado a, información de salarios, la información hecha confidencial por ley o de otra manera privilegiada bajo NRS 422A.320 o cualquier otra disposición de la ley. Yo autorizo al Programa de Asistencia para Servicios de Energía la divulgación de información acerca de mi hogar, incluyendo información del consumo de energía, al Programa de Asistencia de Climatización de la División de Viviendas del Estado de Nevada, para posible elegibilidad de climatización de mi residencia. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida. **YO RECONOZCO QUE UNA REPRODUCCIÓN DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERA LEGALMENTE COMO UNA COPIA ORIGINAL. Iniciales _____**

Si tengo 60 años de edad o más, doy mi consentimiento para la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho como una persona mayor de tener mi identidad confidencial. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida. **Iniciales _____**

Yo consiento a que la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social o sus representantes analicen mi consumo de energía, agua o alcantarilla y que avisen a los proveedores de subvenciones de asistencia y del estatus en el momento de la certificación. Consiento a que la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social utilice los Números de Seguro Social (SSN) proporcionados en esta solicitud para verificar los componentes de elegibilidad para el Programa de Asistencia para Servicios de Energía y el Programa de Asistencia para Servicios de Agua y Alcantarilla, que puede incluir un intercambio de datos automatizado con la Administración del Seguro Social.

Yo estoy de acuerdo en notificar al Programa de Asistencia para Servicios de Energía/Programa de Asistencia para Servicios de Agua y Alcantarilla de cualquier cambio en mi hogar que pueda afectar mis beneficios de asistencia de energía y/o beneficios de asistencia de agua y alcantarilla. Yo entiendo que si fallo en reportar cambios puede resultar en un sobre pago que yo sería responsable por reembolsar o acusación por la ley. Yo juro que yo he reportado honestamente la ciudadanía mía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.

Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son verdaderas, exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad.

Nombre con letra de molde del solicitante _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde de otro miembro adulto del hogar: _____

Firma de otro miembro adulto del hogar: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde de otro miembro adulto del hogar: _____

Firma de otro miembro adulto del hogar: _____ Fecha: _____

TESTIGO: (Utilice si el solicitante no sabe leer o escribir o si es ciego.) Yo ayudé a completar esta Solicitud para el Programa de Asistencia para Servicios de Energía y/o el Programa de Asistencia para Servicios de Agua y Alcantarilla. La información contenida en esta solicitud ha sido leída al solicitante y he sido testigo de la firma anterior.

_____
Nombre con letra de molde del testigo

_____ _____
Firma del testigo **Fecha**

División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS DE ENERGÍA
AVISO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES

**** POR FAVOR LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN ****

A. Usted tiene los siguientes DERECHOS:

1. No se discriminará a ninguna persona por ningún motivo, p. ej., raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, desventaja (incluyendo el SIDA y condiciones relacionadas con el SIDA), creencias políticas, u origen nacional en ninguno de los programas administrados por la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social. Cuando el Programa de Asistencia para Servicios de Energía (EAP) o el Programa de Asistencia para Servicios de Agua y Alcantarilla (WSAP) paga a otra agencia, institución o persona por servicios de EAP o WSAP a un hogar, el proveedor no puede discriminar por ningún motivo. Violaciones por discriminación deben reportarse inmediatamente a la oficina de Energy Assistance Program and Water and Sewer Assistance Program, Division of Welfare and Supportive Services Administrator, 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706-7924, (775) 684-0500, a la U.S. Office for Civil Rights (OCR), Department of Health and Human Services, 50 United Nations Plaza, San Francisco, California 94102, (415) 437-8310, (415) 437-8310, TDD (415) 437-8311 o llame gratis al 1-800-368-1019.
2. Usted tiene derecho a una conferencia si cree que se le ha tratado injustamente o que se cometió un error con respecto a su elegibilidad para asistencia. Para solicitar una conferencia, escriba o llame al Programa de Asistencia para Servicios de Energía o al Programa de Asistencia para Servicios de Agua y Alcantarilla.
3. Usted tiene derecho a una audiencia si no está satisfecho con la acción tomada por la agencia afectando su asistencia si la solicita, por escrito, dentro de los noventa 90 días desde la fecha de la acción/decisión de la agencia, a menos que la única razón por la acción/decisión sea la ley federal que requiere un ajuste de beneficios automático. Tiene derecho a una audiencia si su solicitud para recibir asistencia ha sido negada, tramitada erróneamente, o no se ha tomado una decisión en un plazo razonable, o si sus beneficios han sido reducidos.
4. Usted tiene derecho a una notificación de decisión enviada por correo avisándole si es elegible para beneficios del programa y en qué cantidad, a quién se le pagará, y la(s) fecha(s) aproximada(s); o una notificación informándole que no es elegible para beneficios del programa y la razón.
5. El personal del programa está obligado a:
   - Informar a los solicitantes de los requisitos de elegibilidad para el programa;
   - Aconsejar acerca de los documentos requeridos; y/o
   - Ayudar al solicitante cuando sea necesario.

B. Usted tiene las siguientes OBLIGACIONES:

1. Notificar al Programa de Asistencia para Servicios de Energía o al Programa de Asistencia para Servicios de Agua y Alcantarilla **dentro de diez (10) días corridos** de lo siguiente. La falta de notificación puede retrasar el proceso de su solicitud o resultar en la negación o reducción de beneficios.
   - Cualquier cambio en los ingresos de su hogar **o** el tamaño de su hogar (número de personas que viven en el hogar);
   - Si cambia de compañía de servicios públicos; o
   - Si se muda en cualquier momento después de entregar su solicitud.
2. Responder a cualquier solicitud de información adicional necesaria para procesar su solicitud **dentro de diez (10) días corridos**. Es su responsabilidad el asegurar que todos los documentos solicitados se envíen por correo o fax con tiempo suficiente para cumplir con la fecha límite. El Programa de Asistencia para Servicios de Energía ni el Programa de Asistencia para Servicios de Agua y Alcantarilla son responsables por correo o faxes extraviados o incorrectamente dirigidos. (Asegúrese de indicar su nombre y Número de Seguro Social o UPI en todos documentos o correspondencia.)
3. Cooperar con los esfuerzos del Programa de Asistencia para Servicios de Energía y el Programa de Asistencia para Servicios de Agua y Alcantarilla de obtener toda la información necesaria para determinar elegibilidad o beneficios.

C. NOTA ESPECIAL:

1. Si usted está solicitando servicios del Programa de Asistencia para Servicios de Energía o Programa de Asistencia para Servicios de Agua y Alcantarilla, puede recibir ayuda con sus costos de servicios públicos. **PERO RECUERDE, DEBE SEGUIR PAGANDO SUS CUENTAS PARA LA FECHA DE VENCIMIENTO.** Si no las paga, la compañía puede cobrarle más por pagar con retraso. La compañía de servicios públicos puede descontinuar los servicios y obligarlo a pagar un depósito antes de volver a proveer servicios. ***Si no puede pagar su cuenta, póngase en contacto con la compañía de servicios públicos e intente hacer un arreglo de pago.***
2. Personas encontradas culpables de una violación intencional de las reglas del programa serán inelegibles para participar en el programa por un (1) año por la primera violación, dos (2) años por la segunda violación, y permanentemente por la tercera violación.

Mi firma a continuación indica que entiendo los Derechos y Obligaciones como solicitante del Programa de Asistencia para Servicios de Energía y/o del Programa de Asistencia para Servicios de Agua y Alcantarilla.

Nombre con letra de molde del solicitante _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde del 2º adulto: _____

Firma del 2º adulto: _____ Fecha: _____

SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR EN DONDE USTED VIVE AHORA,

¿DESEA REGISTRARSE A VOTAR AQUÍ HOY?

(Por favor marque una de las casillas)

☐ SÍ ☐ NO

Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que usted decidió no registrarse a votar en este momento.

La Ley Nacional de Registro de Votantes le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.

AVISO IMPORTANTE: El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar NO AFECTARÁ la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

Firma **Fecha**

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89710.