



Solicitud para Home Energy Plus

Solo para uso interno – las áreas sombreadas deben ser completadas por la agencia		
Fecha de solicitud (mm/dd/aaaa):	Número del trabajador:	<input type="checkbox"/> Revocado
Indicador de alcance: <input type="checkbox"/> Agencia local <input type="checkbox"/> Sitio alternativo _____ <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono		
Verificación de identificación: <input type="checkbox"/> Licencia de manejo <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación emitida por el gobierno	Identificación verificada por:	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación del empleador <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación de estudiante <input type="checkbox"/> Otra:		
ATENCIÓN: Los solicitantes nuevos deben presentar una identificación con fotografía en persona. La agencia se comunicará con usted para esto y para pedir los números del seguro social de todos los miembros del grupo familiar.		

Este formulario está autorizado conforme al Estatuto del Estado de Wisconsin 16.27(2)(a). Toda la información en la solicitud es necesaria para considerar la elegibilidad para recibir beneficios bajo el Programa de Asistencia Energética domiciliar de Wisconsin y el Programa de Asistencia para Climatización de Wisconsin. La obtención de su número del Seguro Social no está prohibida por la ley federal y se requiere para hacer seguimiento de los beneficios otorgados al solicitante por este programa. Al proporcionar la información en la solicitud, usted autoriza al Departamento de Administración de Wisconsin y sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados en bases de datos o registros federales, estatales, condados, de proveedores de energía, empleadores y arrendadores. La información recopilada en este formulario puede ser divulgada a programas energéticos que operan bajo la Autoridad del Programa de Beneficio Público de Wisconsin o la Aprobación de la Comisión de Servicio Público de Wisconsin, y puede usarse para fines de referencia, investigación, evaluación y análisis.

1. Territorio (condado o tribu) en el que vive:		Identificación personal (este número es proporcionado por el programa):	
2. Primer Nombre:	Inicial intermedia:	Apellido: (Tal como aparecen en la tarjeta del Seguro Social)	
3. Alias de Primer Nombre (si corresponde):		Alias de Apellido (si corresponde):	
4. Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):		5. Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
6. Número de teléfono principal: () <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Contacto			
Número de teléfono secundario: () <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Contacto			
7. Dirección de correo electrónico:			
8. Método de comunicación preferido en el hogar: <input type="checkbox"/> Teléfono principal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Mensaje de texto			
9. Tipo de vivienda en la que reside:			
<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar		Solo para uso interno: <input type="checkbox"/> Vivienda no elegible	
<input type="checkbox"/> Edificio de 2 a 4 unidades (incluye condominios) – Número de unidades/apartamentos en su edificio: _____			
<input type="checkbox"/> Edificio de apartamento o múltiples unidades (incluye condominios) – Número de unidades/ apartamentos en su edificio: _____			
<input type="checkbox"/> Casa móvil			
<input type="checkbox"/> Casa de huéspedes, motel, hotel, YMCA o YWCA			
<input type="checkbox"/> Otra (describa)			
10. Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial):			
Dirección _____			
Ciudad _____	Estado _____	C.P. _____	
11. Dirección residencial (debe completarse):			
Dirección _____			
Ciudad _____	Estado _____	C.P. _____	

12. Es propietario o alquila su residencia:

- Propietario Alquila - Si alquila, proporcione la siguiente información (**se requiere la información del arrendador**):

Empresa administradora o nombre comercial (si corresponde):

Punto de contacto o nombre del arrendador:

Correo electrónico del arrendador:

Número de teléfono del arrendador:

()

Dirección del arrendador:

Ciudad:

Estado:

C.P.:

13. Indique el número de habitaciones en su residencia:

El trabajador completa el número total de habitaciones: _____

_____ Salón de estar

_____ Comedor

_____ Cocina

_____ Sala familiar

_____ Número de dormitorios

_____ Estudio/Oficina

Indique otras habitaciones: _____

No cuente los baños, sótanos sin terminar, cuartos de lavar, pasillos, entradas, áticos sin calefaccionar y porches o clósets

14. Seleccione la respuesta que mejor describa su arreglo de vivienda a la fecha de esta solicitud:

- Vive en un hogar grupal, hogar de transición, Centro Residencial Comunitario (CBRF) u hogar de acogida
 Vive en un hogar de ancianos
 Vive en una institución del gobierno o prisión o cárcel
 Está actualmente en una situación sin hogar en transición a una residencia permanente.
 Ninguna de las anteriores

15. ¿Recibe asistencia para el alquiler (Sección 8 u otra vivienda asistida por el gobierno)? Sí No

16. ¿Existe un tutor o un representante designado? Sí No Si es así, complete la información del representante:

Autorización del Representante

Tutor legal

Poder legal (POA)

Beneficiario Protector

Nombre del Tutor/Representante:

Número de teléfono del Tutor: ()

Dirección del Tutor/Representante:

Ciudad:

Estado:

C.P.:

O: Indique el nombre de una persona que usted autorice para hablar sobre su solicitud que no aparezca mencionada como Tutor o Representante Designado: Relación:

17. ¿Es usted (el solicitante principal del caso) un estudiante menor de 25 años e inscrito al menos a medio tiempo en una institución de educación superior?

- Sí No

Si contestó que sí, marque cualquiera de las siguientes condiciones que reflejen su situación:

- Trabaja actualmente veinte o más horas a la semana y gana por lo menos el salario mínimo
 Es responsable económicamente de un menor de 18 años que vive actualmente con usted
 Tiene una discapacidad física o mental (se requiere verificación de algún programa del gobierno)
 Recibe beneficios de Compensación por Desempleo (UC) de TAA/NAFTA (tiene que ser un estudiante de tiempo completo)
 Está recibiendo beneficios TANF o W-2
 El cónyuge que vive con usted no es un estudiante
 No aplican ninguna de las anteriores

18. Grupo étnico del solicitante (marque uno):

Indígena estadounidense o nativo de Alaska

Hispano

No informado

Asiático o isleño del Pacífico

Blanco, no de origen hispano

Negro, no de origen hispano

Otro

19. ¿Alguien en el grupo familiar tiene menos de 18 años y está emparentado con algún miembro adulto del grupo familiar? Sí No

20. Miembros del Grupo Familiar:

Identifique el idioma preferido del grupo familiar: _____

Si el idioma preferido del grupo familiar no es el inglés, **indique un miembro del hogar o representante que hable inglés** que pueda responder las preguntas de la solicitud. (Al completar este campo está autorizando al programa a analizar su solicitud con esta persona.)

Nombre: _____ Número de teléfono: () _____

<ul style="list-style-type: none"> Incluya a todas las personas que viven en su dirección residencial el día de hoy El trabajador se comunicará con usted para pedirle los números del Seguro Social de los solicitantes por primera vez y los nuevos miembros del hogar En la línea 1 tiene que ir la persona mencionada en la página 1 (la fecha de nacimiento y el género tiene que coincidir con la información ingresada en la página 1) <p style="text-align: center;">Nombre</p>		Las instrucciones en la parte inferior de la página se refieren a los campos de abajo por el número indicado:							Iniciales del trabajador
		Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Género ¹ : (M)asculino, (F)emenino	¿Es esta persona ciudadano de los Estados Unidos?	¿Es esta persona discapacitada?	Food Share ²	Servicio militar ³	¿Este niño está en colocación compartida? ⁴	Ciudadanía ⁵ (Solo para uso interno)
		Ingrese "S" para Sí y "N" para No							
1.	La persona del campo 2 (página 1) debe aparecer aquí.								
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									

¹Indique el género con el que más se identifica el individuo.

²Ingrese "S" en la casilla para FoodShare si esa persona recibió **FOODSHARE EN TODOS LOS 3 MESES ANTERIORES** a la fecha de esta solicitud.

³Ingrese "S" en la casilla de Servicio Militar, si esa persona está sirviendo o ha servido en alguna rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos en Servicio Activo, en la Reserva o en la Guardia Nacional. (Ejército, Armada, Cuerpo de Marineros, Fuerzas Aéreas, Guardia Costera)

⁴Incluya todos los niños que están viviendo en su hogar que están en un mínimo del 50% de custodia compartida. Se requiere verificación de la custodia del niño (por ejemplo: copia de la orden judicial) cuando los niños están viviendo en un sistema de vivienda de colocación física compartida.

⁵El trabajador de la oficina ingresará "C", "E", o "I" en la casilla de Ciudadanía, si esa persona es un (C)iudadano de los Estados Unidos, No Ciudadano (E)legible, o No Ciudadano (I)nelegible. El trabajador que completó esta casilla deberá colocar sus iniciales en la parte superior de la columna.

21. Ingresos:

¿Es su grupo familiar un grupo familiar con cero ingresos? Sí No

Nota: Un grupo familiar con cero ingresos no ha tenido ninguna fuente de ingresos, ya sea por trabajo o no, en los **tres meses anteriores**. Si su hogar no ha tenido ingresos durante ese periodo de tiempo, podría ser necesario certificar por notario su firma en la página de certificación del cliente.

Tipos de ingreso: Si alguien en su hogar está pagando manutención infantil (CS Pagada) ordenada por un tribunal, incluya eso en el ingreso de abajo. Los trabajos pagados en efectivo deberían reportarse como Ingresos autogenerados.

(A) Pensión Alimenticia	(GF) Regalos/donaciones	(SSDI) Seguro por Discapacidad del Seguro Social
(CS RECD) Manutención Infantil recibida	(GV) Alivio o Catástrofe del Gobierno	(SSI) Ingreso de Seguridad Suplementario
(CS Paid) Manutención Infantil pagada	(LC) ² Pago de Contrato de Terreno	(T) TANF/W2
(CTS) Suplemento para Cuidador de SSI	(O) Otro	(TR) ¹ Tribal per Cápita
(DL) Discapacidad a Largo plazo	(P) ¹ Pensiones, Anualidades y Cuentas IRA	(UC) ³ Compensación por desempleo
(DS) Discapacidad a Corto plazo	(R) ¹ Ingreso por Alquiler	(V) Beneficios para Veteranos
(D) ¹ Dividendos/Interés	(SE) ¹ Ingreso Autogenerado)	(W) ³ Sueldos y Propinas
(G) Apuestas/Lotería/Bingo	(SP) Empobrecimiento del Cónyuge	(WK) Compensación por Accidente de Trabajo
(GR) Alivio General	(SS) Seguro Social	

Instrucciones: Enumere **todos** los ingresos brutos del grupo familiar en la tabla de abajo. Ingrese el código del ingreso en la columna de tipo de ingreso y de donde viene ese ingreso en la columna de fuente de ingreso. **OBLIGATORIO:** Se requiere un comprobante del ingreso **bruto** recibido para cada ingreso enumerado a continuación.

Nombre del miembro del grupo familiar	Tipo de ingreso:	Fuente del ingreso ⁴	Ingreso en los tres meses previos			Total 3 meses	Elemento de verificación
			Mes 1	Mes 2	Mes 3		
<i>Ejemplo:</i> John Doe	W	ABC Corporation	\$1,072.60	\$978.40	\$1,278.25	No completar	No completar
			Total de 3 meses de ingresos del grupo familiar				

¹Este ingreso se basa en un promedio del ingreso en los 12 meses anteriores. Debe proporcionar una copia de la declaración de impuestos para completar esta solicitud.

²Solo se cuenta el ingreso por intereses recibido. Debe proporcionar una copia del programa de amortización o el 1099 emitido para fines de impuestos para completar esta solicitud.

³Si el miembro del grupo familiar es un empleado temporal (una persona cuya principal fuente de ingresos se gana en menos de 12 meses de un año calendario), debe indicarse el ingreso anual por el sueldo y la compensación por desempleo recibidos en el año impuestos previo. Debe proporcionar una copia del formulario W2 y 1099 para completar esta solicitud.

⁴Fuente: Es decir, sueldo – incluya el nombre del empleador como Lloyds Market; si es autoempleo, incluya el tipo de negocio y el nombre del negocio; si es pensión, incluya el beneficiario de la pensión; para intereses y dividendos, incluya el beneficiario de ese ingreso.

22. Consumo de Energía: Complete cada sección de consumo de energía – continúa en la página siguiente

Fuente de calefacción principal: Seleccione una:

Calefacción eléctrica Fuelóleo Gas natural Propano Madera u otra

Seleccione cómo se paga la cuenta de combustible (marque solo una):

- Paga directamente la cuenta enviada por el proveedor de energía (debe completar la información de la cuenta)
 El pago del alquiler incluye la energía en el pago del alquiler mensual (no es vivienda asistida por el gobierno)
 Se hace un pago separado al arrendador, propietario del parque de viviendas móviles o no tiene cuenta directa con un proveedor
 No paga: la energía se incluye en el alquiler mensual si reside en una vivienda asistida por el gobierno o inquilinos que no pagan alquiler o costos de calefacción/electricidad debido a algún acuerdo de pago en especie

¿Esta cuenta está a nombre de un miembro del grupo familiar? Sí No

Si contestó que no, la cuenta está a nombre de: Un cónyuge fallecido Un beneficiario protector Otra

Nombre en la Cuenta:

¿El medidor se comparte con otra unidad de vivienda? Sí No

¿Hay algún uso comercial o recreativo en esta cuenta (incluyendo agrícola, otro autoempleo, piscina o jacuzzi)? Sí No

Nombre del Proveedor:

Número del Proveedor (uso interno):

Número de Cuenta:

Costos de Combustible Anuales:

Electricidad (no calefacción): Si su fuente principal de calefacción (más arriba) es eléctrica, no complete esta sección.

Seleccione cómo se paga la cuenta de combustible (marque solo una):

- Paga directamente la cuenta enviada por el proveedor de energía (debe completar la información de la cuenta)
 El pago del alquiler incluye la energía en el pago del alquiler mensual (no es vivienda asistida por el gobierno)
 Se hace un pago separado al arrendador, propietario del parque de viviendas móviles o no tiene cuenta directa con un proveedor
 No paga: la energía se incluye en el alquiler mensual si reside en una vivienda asistida por el gobierno o inquilinos que no pagan alquiler o costos de calefacción/electricidad debido a algún acuerdo de pago en especie

¿Esta cuenta está a nombre de un miembro del grupo familiar? Sí No

Si contestó que no, la cuenta está a nombre de: Un cónyuge fallecido Un beneficiario protector Otra

Nombre en la Cuenta:

¿El medidor se comparte con otra unidad de vivienda? Sí No

¿Hay algún uso comercial o recreativo en esta cuenta (incluyendo agrícola, otro autoempleo, piscina o jacuzzi)? Sí No

Nombre del Proveedor*:

Número del Proveedor (uso interno):

Número de Cuenta:

Costos de Combustible Anuales:

*Debe ingresarse un proveedor mostrando quién suministra electricidad a esta vivienda, incluso si la electricidad está incluida en el alquiler o si se hace un pago separado al arrendador.

Información adicional de la cuenta de electricidad - responda las siguientes preguntas sobre la situación de energía en el hogar.

Estas respuestas no afectarán el monto de su beneficio pero deben responderse

Fuente de calefacción principal:

Si su fuente principal de calefacción es gas natural o eléctrica, ¿ha recibido un aviso de saldo pendiente o desconexión en los últimos 90 días?

Sí No No aplica

Si su fuente principal de calefacción usa propano o fuelóleo, ¿tiene actualmente su tanque el 20% o menos de combustible restante?

Sí No No aplica

Agua caliente: Identifique el tipo de combustible que calienta el agua en su hogar:

Electricidad Fuelóleo Gas natural Propano Madera u otra Ninguna

Fuente de calefacción suplementaria (¿Usa fuentes de calefacción adicional como chimenea, quemador de madera, calentador de ambientes u otro tipo de calefacción alternativa aparte de la fuente principal?)

Identifique, que calefacción suplementaria se usa en su hogar, si aplica (seleccione solo una):

Calefacción eléctrica Madera u otra _____ (Especifique otra) Ninguna

Aire acondicionado:

Identifique el método usado para enfriar su hogar (seleccione solo uno): Aire Acondicionado Central Unidad A/C de pared/ventana Ninguna

POR FAVOR FIRME LA PÁGINA 7

Se requiere comprobante de ingreso para completar la solicitud

Notas del caso

Página de Certificación

*Lea todos los puntos de esta página antes de firmar la solicitud.
Si no entiende algún punto, pida ayuda al trabajador.*

1. Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información requerida en un plazo de 30 días desde la fecha de esta solicitud o la solicitud será anulada y se denegará. Puedo volver a pedir los beneficios, pero será necesario hacer una nueva solicitud.
2. Entiendo que soy responsable de reportar los nombres de las personas que viven en mi dirección y el número del seguro social y los ingresos de todas las personas en mi grupo familiar. La obtención del número del seguro social no está prohibida por la ley federal y es una información necesaria para verificar los beneficios otorgados al solicitante por este programa. El no proporcionar esta información resultará en un retraso en el procesamiento de mi solicitud y en la incapacidad para determinar los montos de beneficios.
3. Entiendo que soy responsable de usar los pagos que reciba para pagar los costos de calefacción/electricidad para la residencia indicada en mi solicitud o para pagar los costos de calefacción/electricidad para una futura residencia permanente a la que me mude en Wisconsin.
4. Entiendo que tengo derecho a solicitar los beneficios de Asistencia de Energía y recibir un pago o una carta explicativa en un plazo de 45 días desde la fecha en que se complete el proceso de solicitud. Entiendo que el pago o la carta explicativa pueden retrasarse dependiendo de cuando comienza el año del programa y/o cuando se procesen los pagos.
5. Entiendo que tengo derecho a pedir una audiencia imparcial si creo que mi solicitud de Asistencia de Energía no se ha procesado oportunamente, se ha denegado incorrectamente o mi pago es incorrecto. También puedo solicitar una audiencia imparcial si no he recibido ningún pago ni explicación. Puedo pedir una audiencia imparcial comunicándome con la oficina local donde presenté mi solicitud.
6. Entiendo que tengo derecho a presentar una queja si creo que he sido discriminado de manera ilegal. Puedo presentar una queja comunicándome con la persona autorizada en mi condado o tribu.
7. Entiendo que al proporcionar la información en la solicitud, estoy autorizando al Departamento de Administración de Wisconsin y sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados en bases de datos o registros federales, estatales, condales, de proveedores de energía, empleadores y arrendadores.
8. Entiendo que al proporcionar los números de cuenta para el proveedor(es) de energía de mi hogar, estoy autorizando al proveedor(es) de energía a entregar información sobre la cuenta y el uso de energía al Departamento de Administración de Wisconsin para los fines de determinar la elegibilidad para esta o futuras solicitudes, determinación de beneficios y evaluación y análisis del programa antes y después de recibir servicios de climatización.
9. Entiendo que los derechos, requisitos y autorizaciones que certifique en esta solicitud también podrán aplicarse a múltiples temporadas de calefacción, crisis y solicitudes de calderas, cuando se emitan beneficios suplementarios y para actividades de difusión.
10. Entiendo que la información recopilada en este formulario puede ser divulgada a programas energéticos que operan bajo la Autoridad del Programa de Beneficios Públicos de Wisconsin o la Aprobación de la Comisión de Servicio Público de Wisconsin, u otros programas administrados por el Estado de Wisconsin, y se podrá usar para fines de derivación, investigación, evaluación y análisis.
11. Entiendo que si soy elegible para beneficios de asistencia energética, puedo ser derivado a otros programas de climatización y/o energía residencial. Autorizo a la agencia de climatización a proporcionar servicios de climatización a mi residencia. Si no soy el propietario de la residencia, autorizo a la agencia de climatización a comunicarse con el arrendador, y cooperaré con la agencia que preste los servicios de climatización.

Yo certifico que la información en esta solicitud y toda la información proporcionada en conexión con esta solicitud es verdadera y una exposición completa de los hechos. Además certifico que he leído y entendido las afirmaciones anteriores. Entiendo que me pueden pedir que entregue comprobantes de la información en esta solicitud y que dar información falsa anulará esta solicitud, requerirá la devolución de los beneficios recibidos y podría ser sujeto de acciones penales. Al escribir mi nombre en el campo "Firma del solicitante", indico que soy la persona mencionada y que esta entrada es el equivalente legal de una firma manual/escrita a mano. Además entiendo que puedo imprimir el documento y firmar a mano.

Firma del Solicitante	Fecha (mm/dd/aaaa)
------------------------------	--------------------

SOLO PARA USO INTERNO

Firma del Trabajador de la Agencia	Fecha (mm/dd/aaaa)
-------------------------------------------	--------------------

Certifico que he verificado la información en esta solicitud de acuerdo con las políticas de Home Energy Plus y que a mi leal saber y entender esta información es precisa y completa. Además certifico que no tengo una relación personal con la persona mencionada en esta solicitud de acuerdo con la política de conflicto de intereses de Home Energy Plus.

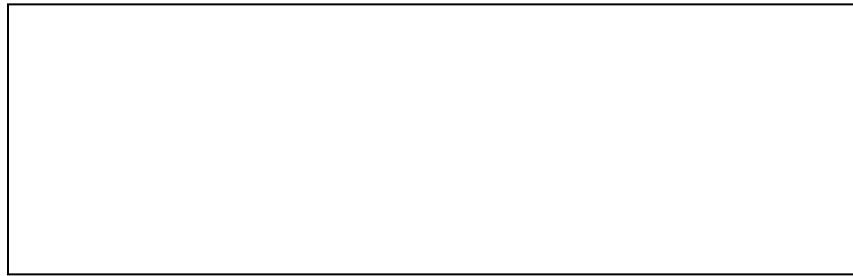
Esta solicitud puede entregarse en formatos alternativos para personas con discapacidades previa solicitud.

ATENCIÓN: Las solicitudes en papel deben enviarse por correo a la agencia local.

Si no se indica la dirección de la agencia local, puede obtener la dirección postal correcta para su agencia local de:

<http://homeenergyplus.wi.gov/>

Haga clic en la pestaña 'Where to Apply' (Dónde presentar la solicitud) y seleccione el condado o tribu donde vive.



Agencia: Adjunte una pegatina postal con la dirección de envío correcta para enviar la solicitud.



¿YA FIRMÓ LA PÁGINA SIETE?

Por favor díganos cómo supo del programa de Asistencia de Energía este año:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Folleto en mi cuenta de Servicios Públicos | <input type="checkbox"/> Anuncio en autobús |
| <input type="checkbox"/> Llamada Telefónica de la Agencia | <input type="checkbox"/> Correo electrónico de la Agencia |
| <input type="checkbox"/> Aviso por correo de la Agencia | <input type="checkbox"/> Sitio web
(Identificar sitio) _____ |
| <input type="checkbox"/> Radio (Identificar emisora de radio) _____ | <input type="checkbox"/> Noticiero deTV
(Identificar canal de TV) _____ |
| <input type="checkbox"/> Aviso en periódico local o envío de correo
(Identificar periódico o envío de correo) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Folleto de Asistencia de Energía
(Dónde obtuvo el folleto) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro
(Identificar la fuente) _____ | |