

**Página de certificación**

ID de la persona:

*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 energética 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 energética 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.

<b>Firma del solicitante</b>	Fecha (mm/dd/aaaa)
------------------------------	--------------------

**SOLO PARA USO INTERNO**

<b>Firma del trabajador de la agencia</b>	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.