

LIHEAP (Asistencia de Energía) Aplicación

Este paquete contiene los materiales para la aplicación de LIHEAP asistencia de energía que usted solicitó. Por favor use la información adjunta para llenar su aplicación y **regrese a Mid-Iowa Community Action antes del 30 de abril.**

- 1. Por favor complete el formulario de admisión.** Favor de leer, firmar, y fechar aplicación.
- 2. Provee verificación de ingresos:** Favor de proveer prueba de ingresos para todos los miembros YA SEA del mes más reciente, o declaración de impuestos federales. *Note: Debemos usar el mismo marco de tiempo para todos los miembros del hogar y todas las fuentes de ingresos. (Información sobre verificación de ingresos es proporcionado.)
- 3. Proporcione copias de las tarjetas de Seguro Social** para **CADA** miembro de su hogar (mire el folleto adherido para más información)
- 4. Mande una copia de su factura más reciente de calefacción y electricidad.** Si los servicios están incluidos en su renta, por favor proporcione una copia de su contrato de arrendamiento actual o declaración del dueño firmada y con la fecha. Por favor incluya el nombre, dirección, y número de teléfono del dueño.
- 5. Firma y fecha en el papel de Confidencial**

Por favor mande la aplicación completa junto con los documentos necesarios a la oficina de MICA de su condado.

Hardin County: 637 South Oak Street, Iowa Falls, IA 50126

Marshall County: 1001 S. 18th Avenue, Marshalltown, IA 50158

Poweshiek County: 611 4th Avenue, Grinnell, IA 50112

Story County: 230 SE 16th St., Ames, IA 50010

Tama County: 105 South State Street, Tama, IA 52339

Requerimiento para Asistencia de Energía LIHEAP

Al aplicar para la asistencia de energía será requerido proporcionar la tarjeta de seguro social o documentación I94 de todos los miembros del hogar**

Necesitará traer lo siguiente para CADA miembro del hogar independientemente de la edad:

- * Tarjeta de Seguro Social
- * Licencia de manejo junto con su número de seguro social
- * Declaración financiera mostrando el nombre completo de la persona y el numero completo de SS.
- * Talón de cheque mostrando el nombre completo de la persona y el número completo de SS.
- * Identificación militar mostrando el nombre completo de la persona y el número completo de SS.
- * Documento de la Administración de Seguro Social mostrando el nombre completo de la persona y el número completo de SS.
- * Declaración reciente de impuestos federales 1040 o 1040EZ, incluyendo la última página con la información del preparador profesional de impuestos.

**La documentación para ciudadanos extranjeros temporales incluye, pero no se limita a: Rosa I-551, Blanco I-551, Rojo-I-688B, Rojo I-766 – hable con MICA para otras alternativas

** Si usted no tiene un número de seguro social, por favor contacte su oficina local para más información en cómo puede afectar su aplicación.

Aplicaciones estarán disponibles a partir del primero de octubre para los mayores y discapacitados y primero de noviembre para el público general.

Para más información o si tiene preguntas, contacte a Mid-Iowa Community Action a:
Oficina Administrativa Central: (641) 752.7162

1ro de octubre – 30 de abril
Instrucciones para la aplicación LIHEAP

Siga estos pasos para completar la aplicación:

1. Información de contacto para el jefe del hogar: Por favor escriba el apellido, el primer nombre y la inicial de segundo nombre del jefe del hogar.

Escriba su dirección. Si su dirección de envío es diferente a su dirección física, por favor escriba las dos.

En la esquina superior derecha por favor ponga el nombre del condado en el que vive.

Por favor escriba el número de teléfono de su hogar o celular al cual puede ser contactado durante el día. Si no tiene un teléfono, por favor incluya un numero para dejar mensaje si es necesario.

Por favor escriba su correo electrónico.

2. Información de miembros del hogar (una leyenda para ayudarle a completar esto está en la parte de abajo de la página):

Por favor liste cada miembro del hogar en esta sección y complete todas las secciones atreves de la página para cada miembro del hogar.

Debajo de la sección de los miembros del hogar hay tres preguntas. Por favor indique cuantos miembros de la familia son ciudadanos de los Estados Unidos, confinado al hogar, y desconectados de la juventud.

3. TIPO DE HOGAR: Marque la selección apropiada.

4. Fuentes de Ingresos en el hogar: Marque todas las fuentes de ingresos que apliquen en su hogar. Usted será requerido a proveer prueba de todos los ingresos ya sea del mes más reciente, o una copia de su declaración de impuestos federales. Para trabajo autónomo o ingresos de granja, por favor proporcione una copia de su declaración de impuestos federales.

Por favor responda las dos preguntas debajo de fuente de ingresos respecto a ahorros de más de \$50,000 y el programa EITC (El Crédito por Ingresos del Trabajo.)

5. Beneficios no-monetarios del hogar: Marque todos los que aplican a su hogar.

6. Compañía de Calefacción y Electricidad del Hogar: Este es un recordatorio que usted tendrá que incluir una copia reciente de AMBOS su factura de calefacción y electricidad.

7. Estatus del Hogar: Por favor marque uno.

8. Tipo de Hogar: Por favor marque uno.

9. Fuente principal de Calefacción del Hogar: Por favor marque uno. Si usted tiene gas propano, por favor marque la selección al respeto a cuanto combustible hay en su tanque.

10. Información de Dueño/Complejo de Apartamento: Por favor escriba el nombre, dirección, y número de teléfono del dueño o apartamento.

Por favor también responda la pregunta respecto a cuánta paga de renta, si su calefacción está incluida en su renta y si recibe asistencia de renta/su renta está basada en sus ingresos. Si el gas y la electricidad están incluidos en su renta, necesitara proporcionar una copia del arrendamiento indicando esto.

Declaración de Confidencialidad: Por favor lea esta declaración cuidadosamente. Firma y fecha.

Información de Comprobante de Ingresos

Debe proporcionar verificación de ingresos brutos para TODOS los miembros del hogar.

Puede optar por verificar los ingresos de los últimos 30 días, utilizar su declaración de impuestos federales o ingresos de los últimos 12 meses. **Los ingresos de todos los miembros del hogar deben verificarse durante el mismo período de tiempo. Si selecciona 30 días o los 12 meses más recientes, deberá proporcionar todos los ingresos durante ese período de tiempo. No podemos hacer un promedio de ingresos.**

La verificación debe incluir: El nombre de la persona que recibe los ingresos; la fecha de recepción y la fuente del pago.

A continuación, se muestran ejemplos de verificación de ingresos aceptables:

- Trabajo / Empleo

Pagado mensualmente	<ul style="list-style-type: none">• el talón de cheque más reciente (1) que muestra los salarios brutos
Semi-mensual- pagado 2 veces al mes	<ul style="list-style-type: none">• los últimos dos (2) talones de cheque más recientes que muestren los salarios brutos
Pago quincenal - cada 2 semanas	<ul style="list-style-type: none">• los últimos dos (2) talones de cheque más recientes que muestren los salarios brutos
Pagado semanalmente	<ul style="list-style-type: none">• los últimos cuatro (4) talones de cheque más recientes que muestren los salarios brutos
Pago diario	<ul style="list-style-type: none">• talones de cheque que muestren el salario bruto pagado cada día durante 30 días
Anual	<ul style="list-style-type: none">• W-2 o declaración de impuestos federales

Ejemplos de ingresos y la documentación necesarios:

1. Asistencia de adopción:	<ul style="list-style-type: none">• Documentos oficiales estatales y / o judiciales, estado de cuenta bancaria o talones de cheque
2. Alimenticia:	<ul style="list-style-type: none">• Documentos judiciales, declaración escrita de la persona que paga la manutención
3. Anualidades:	<ul style="list-style-type: none">• Estado de cuenta de la empresa de inversión, estado de cuenta bancaria
4. Manutención de hijos:	<ul style="list-style-type: none">• Impresión de la recuperación de manutención de niños• sentencia de divorcio• Copia de todos los cheques del período de verificación (de la fuente de ingresos)• La verificación de su tarjeta ReliaCard- de MICA por teléfono
5. Beneficio de dividendos	<ul style="list-style-type: none">• Carta de la corporación, estado de cuenta bancaria, forma 1099- DIV

6. Asignación de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se considera parte de ingreso, copia del contrato o documentación que indique esto
7. Pensiones (incluye VA):	<ul style="list-style-type: none"> • copia del cheque más reciente • La carta de beneficio más reciente • El estado de cuenta bancario más reciente que muestre el depósito directo y se describa claramente como pensión de VA y nombre del recipiente
8. Ingreso Per Cápita	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de la tribu con respecto a los pagos
9. Ingresos de alquiler	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la declaración de impuestos federales
10. Trabajo por cuenta propia / Ingreso agrícola	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la declaración de impuestos federales. Si es simple, libro mayor que muestre claramente los salarios brutos
11. Préstamos escolares, becas y subvenciones	<ul style="list-style-type: none"> • algunos son contables, algunos no. Necesitamos la carta de beneficio más reciente
12. Seguro social, SSI o SSDI	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de beneficio más reciente, • el estado de cuenta bancario más reciente que muestra el depósito directo con el número de seguro del recipiente junto con la descripción que viene del Seguro Social. • Verificación de su tarjeta Direct Express- de MICA por teléfono
13. Beneficios de desempleo	<ul style="list-style-type: none"> • impresión del centro de desarrollo de la fuerza laboral con cada cheque enumerado con la cantidad bruta que recibe la persona
14. Beneficios de huelga	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración escrita del sindicato
15. Cero ingresos	<ul style="list-style-type: none"> • Si el hogar NO ha tenido ingresos en los últimos 30 días, por favor seleccione "No Hay Ingresos" en la sección 4. Contacte nuestra oficina para firmar nuestra Declaracion de Cero Ingresos.

Número de personas en el hogar	200% del nivel federal de pobreza
1	\$30,120
2	\$40,880
3	\$51,640
4	\$62,400
5	\$73,160
6	\$83,920
7	\$94,680
8	\$105,440
Por cada persona adicional, agregue	\$10,760

SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS

1. INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CABEZA DEL HOGAR

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ LA SOLICITUD: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL: _____ CONDADO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DIRECCIÓN DE CORREO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
(si es diferente a la primera dirección)

NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR: _____ NÚMERO CELULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

2. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA (Una guía para llenar esta sección se encuentra al pie de la página)

NOMBRE (PRIMERO Y APELLIDO)	PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	DISCAPACIDAD	ASEGURANZA MEDICA	¿HISPANO, LÁTINO, O DE ORIGEN HISPANO?	RAZA	ESTADO MILITAR	NIVEL DE EDUCACIÓN	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
1 USE ESTA LÍNEA PARA LA PERSONA MENCIONADA ARRIBA	CABEZA DE FAMILIA		MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
2			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
3			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
4			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
5			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
6			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
7			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
8			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		

CUÁNTOS MIEMBROS DEL HOGAR SON: Ciudadano Americano: _____ Fuera del hogar: _____ Un joven desconectado (edad: 14-24) que no asista a la escuela o trabaje: _____

GUÍA PARA LLENAR LA SECCIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:	PARENTESCO 1 - Cabeza de familia 2 - Conyugue 3 - Hijo 4 - Hijo de crianza 5 - Nieto 6 - Hermano 7 - Padre 8 - Abuelo 9 - Otro familiar 10 - No hay parentesco	FECHA DE NACIMIENTO • Formato de datos: 99 / 99 / 99	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94 • Formato No. Social: 999-99-9999 • Formato I-94: 9999999 99	ASEGURANZA MEDICA 1 - Medicaid 2 - Medicare 3 - Programa de seguridad del estado para menores 4 - Aseguración del estado para adultos 5 - Aseguración militar 6 - Compra directa 7 - Por medio del empleo 8 - Ninguna	RAZA 1 - Indio Americano 2 - Nativo de Alaska 3 - Oriental 4 - Blanco 5 - Negro o Afro Americano 6 - Nativo de Hawaii otro Isleño del Pacífico 7 - Otro 8 - Multi-raza	NIVEL DE EDUCACION 1 - 0-8º grado 2 - 9º a 12º grado/no graduado 3 - Graduado de la secundaria 4 - Equivalente al diploma 5 - 12º grado o más escuela post secundaria 6 - Graduado de la Universidad (2- 4 años) 7 - Graduado de otra escuela post secundaria	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO) 1 - Empleado (tiempo completo) 2 - Empleado (medio tiempo) 3 - Migrante trabajador temporal del campo 4 - Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) 5 - Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) 6 - Desempleado (no en la fuerzalaboral) 7 - Jubilado
---	---	---	---	--	--	---	--

SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS

3. TIPO DE HOGAR (marque una)

PERSONA SOLTERA DOS ADULTOS SIN HIJOS	FAMILIA MONOPARENTAL FEMENINA FAMILIA MONOPARENTAL MASCULINA	HOGAR CON AMBOS PADRES ADULTOS NO PARIENTES CON HIJOS	HOGAR DE MULTIPLES GENERACIONES OTRO: _____
--	---	--	--

4. FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR (marque todas las que apliquen)

Para cada fuente de recursos que usted marque, debe incluir prueba de ingresos junto con la solicitud. Para INGRESOS, provea copias de sus talones de cheque de los 30 días anteriores a esta solicitud, o proporcione una copia de su declaración de impuestos federales. Para INGRESOS de AUTOEMPLEO o INGRESOS AGRARIOS, proporcione una copia de su declaración de impuestos federales.

INGRESOS DE EMPLEO (SALARIOS)	SSI (INGRESO SUPLEMENTARIO DEL SEGURO SOCIAL)	SEGURO PRIVADO DE INCAPACIDAD	PENSIÓN ALIMENTICIA U OTRO APOYO DE MANUTENCIÓN	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AGRARIOS	SSDI (INGRESO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL)	COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES	ASISTENCIA GENERAL DE	NO HAY INGRESOS
INGRESOS DE JUBILACIÓN DEL SEGURO SOCIAL	COMPENSACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DE VETERANOS	SEGURO DE DESEMPLEO		
PENSIÓN	PENSIÓN DE DISCAPACIDAD NO CONECTADA A LOS SERVICIOS DE VETERANOS	ASISTENCIA DE TANF/FIP	OTRO: _____	

¿Su hogar tiene ahorros de sobre \$50,000 (incluya: todos los ahorros y cuentas corrientes, CDs, y otras inversiones)? SI NO ¿Alguien en su familia presento una declaración de impuestos y recibido los beneficios EITC (Earned Income Tax Credit) el año pasado o este año? SI NO

5. BENEFICIOS NO MONETARIOS DEL HOGAR (marque todos las que apliquen)

SNAP (PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS)	HCV (VALE DE ELECCIÓN DE VIVIENDA)	HUD-VASH (VIVIENDA SUSTENTADA POR ASUNTOS DE VETERANOS)
WIC (MUJERES, INFANTES Y NIÑOS)	VIVIENDA PÚBLICA	VALE PARA CUIDADO DE NIÑOS
LIHEAP	VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE	SUBSIDIO LEGAL DE CUIDADO ACSESIBLE
		OTRO: _____

6. ESTADO DE VIVIENDA (marque uno)

PROPIA	ALQUILER	OTRA VIVIENDA PERMANENTE	SIN HOGAR Si sin hogar, ¿qué es el estado actual de su vivienda?	OTRO: _____
Si RENTA, ¿sus gastos de calefacción están incluidos en su alquiler?	SI	NO	Si RENTA, ¿recibe asistencia de alquiler?	SI NO
Si RENTA, ¿sus gastos de electricidad están incluidos en su alquiler?	SI	NO	Si RENTA, ¿su renta se basa en un porcentaje de sus ingresos?	SI NO

¿Cuáles son su hipoteca o costos de alquiler por mes? \$ _____

7. INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO/COMPEJO

NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

8. TIPO DE VIVIENDA (marque uno)

CASA	CASA MOBIL	ALQUILO UNA HABITACIÓN	EL EDIFICIO TIENE 2, 3 O 4 UNIDADES	EL EDIFICIO TIENE 5 O MÁS UNIDADES	OTRO: _____
------	------------	------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------

9. PRINCIPAL FUENTE DE CALEFACCIÓN (marque uno)

GAS NATURAL	ELECTRICIDAD	GAS PROPANO	ACEITE COMBUSTIBLE	MADERA/CARBÓN/MAÍZ	OTRO: _____
		¿Si propano, tiene un tanque vacío o bajo (30% o menos)	SI	NO	

10. ESTADO DE LA CUENTA DE CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD DEL HOGAR

		<u>CALEFACCIÓN</u>		<u>ELECTRICIDAD</u>	
¿Tiene un aviso de desconexión?	SI	NO	SI	NO	
¿Está actualmente desconectado su servicio?	SI	NO	SI	NO	
¿Tiene un arreglo de pago?	SI	NO	SI	NO	

Debe incluir una copia de una FACTURA DE servicios de CALEFACCIÓN y de servicio de ELECTRICIDAD recientes con esta aplicación.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Estoy haciendo una solicitud para el Programa de Asistencia de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y/o El Programa de Asistencia para Climatización (WAP). Entiendo que mi firma en esta solicitud o mi consentimiento verbal le otorga permiso a la agencia que procesa esta solicitud para usar la información que he proporcionado para determinar la elegibilidad de mi hogar para estos programas, y para otros programas administrados por esta agencia para los cuales he solicitado. Doy permiso al Estado de Iowa, al Departamento de Energía de los Estados Unidos, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y a la agencia procesando esta solicitud de obtener información adicional de mi proveedor de energía acerca del uso de mi hogar y el historial de pagos. También doy permiso al Estado de Iowa para divulgar información de la solicitud a mi proveedor de energía y para proveer detalles sobre mi cuenta y uso a los programas de LIHEAP, y WAP según sea necesario para facilitar recepción de beneficios.

Mi firma en esta solicitud o mi consentimiento verbal certifica, bajo pena de ley, lo siguiente: 1) Toda la información y documentación asociada con esta solicitud es correcta y completa, a mi leal saber y entender. 2) Declaro que soy la única persona en el hogar que ha completado o completará solicitud para estos programas. 3) Comprendo que si proporciono información falsa puedo ser sujeto a descalificación del programa o pena de ley. 4) Si fuera aplicable, autorizó la climatización de mi casa sin costo alguno para mí o mi familia. Esto incluye autorizar a la agencia para contactar a mi arrendador para obtener permiso para climatizar mi casa cuando corresponda. Entiendo que firmar esta solicitud no garantiza que recibiré asistencia para la climatización.

Entiendo esta declaración

FIRMA

FECHA

Mid-Iowa Community Action, Inc.
Declaración de confidencialidad



Como consumidor de los servicios de Mid-Iowa Community Action, Inc. (MICA), tiene derecho a esperar que protejamos cualquier información personal privada que comparta con nosotros con el fin de recibir servicios. Tenemos la responsabilidad de preservar la información que recibimos sobre usted y su familia y divulgar información solo para su beneficio. La información que compartimos sobre usted y su familia se mantendrá al mínimo: solo se compartirá lo que sea necesario para brindarle servicios individualizados. Ninguna información sobre usted y su familia será divulgada, solo a las personas que están autorizadas a recibir dicha información.

MICA ofrece una amplia variedad de servicios a través de varios departamentos, que incluyen, pero no limitados a: Head Start, Early Head Start, FaDSS (Programa de Desarrollo Familiar y Autosuficiencia), Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP), asistencia energética, climatización y una variedad de programas de servicios de salud. Con el fin de proporcionarle servicios, podemos compartir información demográfica con el personal apropiado dentro de nuestra agencia. Esta información se comparte a través de una base de datos de la agencia llamada EmpowOR. Todo el personal de la agencia está capacitado en procedimientos de confidencialidad.

Esta Autorización se refiere a la siguiente información demográfica sobre mí: Género, edad, etnicidad / raza, educación, tipo de familia, tamaño de la familia, fuentes de ingresos familiares, nivel de ingresos familiares, vivienda y otras características como trabajador agrícola estacional, receptor de cupones de alimentos, seguro de salud, discapacidad y si es veterano de guerra. **Nota:** no se incluye información médica específica de ningún tipo en esta autorización.

Todas las comunicaciones con personas u organizaciones fuera de la agencia con respecto a información específica sobre usted o su familia están estrictamente prohibidas a menos que hayamos obtenido su consentimiento previo por escrito para divulgar dicha información. Se requieren consentimientos por escrito antes de la comunicación en persona, por teléfono, por escrito, por fax, electrónicos o de cualquier otro tipo. Los consentimientos por escrito deben ser específicos y se convertirán en parte de su archivo permanente. Una excepción a esta práctica ocurre cuando un financiador del programa requiere información sobre los niños o familias del programa que se atienden. Solo se compartirá la información requerida por el financiador para el monitoreo, la gestión o la recopilación de datos del programa.

De lo contrario, la única otra vez que su información confidencial se compartirá sin su permiso es en el caso de daño inminente o peligro para usted o un miembro de su familia; o en el caso de sospecha de abuso infantil. El personal de MICA es reportero obligatorio de abuso infantil.

He leído y entiendo esta declaración de confidencialidad y entiendo que expirará en un año a partir de la fecha firmada a continuación. **Para revocar esta autorización en cualquier momento, debe comunicarse con el Departamento de Recursos Humanos de MICA al 641-752-7162.**

Firma

Fecha

Nombre

Firma del empleador de MICA

Fecha