

APLICACIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA, JULIO 2021 A MAYO 2022

Los Programas de Asistencia de Energía de Ohio pueden ayudar a los residentes de Ohio elegibles según sus ingresos a administrar sus facturas de servicios públicos. El Home Energy Assistance Program (HEAP) (Programa de Asistencia de Energía para el Hogar) y el Programa HEAP de emergencia aplican el beneficio directamente a la factura de servicios públicos de un cliente. El Percentage of Income Payment Plan Plus (PIPP) (Plan de Pago de Porcentaje de Ingreso Plus) es un plan de extensión de pago en el que los clientes aportan un porcentaje de sus ingresos hacia la factura de servicios públicos mensual. Si busca mejorar la eficiencia energética de su hogar, el Home Weatherization Assistance Program (HWAP) (Programa de Asistencia para Climatización del Hogar) o el Electric Partnership Program, (EPP) (Programa de Asociación Eléctrica) pueden ser de ayuda. Para el HWAP o EEP visite energyhelp.ohio.gov para encontrar a su proveedor local y comunicarse con ellos para obtener más información.

Puede solicitar el ingreso a los Programas de Asistencia de Energía visitando energyhelp.ohio.gov y completando la solicitud en línea, completando esta solicitud y enviándola por correo, o programando una cita con su proveedor local de asistencia de energía o su proveedor de HWAP/EPP. Si envía su solicitud por correo o la realiza en línea, puede tardar hasta 12 semanas en procesarse. Tenga en cuenta que los beneficios del programa HEAP se aplicarán a su factura de servicios públicos a partir de enero de 2022.

Para completar esta solicitud necesitará lo siguiente:

- Constancia de ciudadanía de cada miembro del hogar
- Copias de sus facturas de servicios más recientes
- Prueba de ingresos de los últimos 30 días o 12 meses de cada miembro del hogar
- Verificación de discapacidad (si corresponde)

Un hogar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos como una unidad económica y quienes normalmente pagan la energía residencial en conjunto o hacen pagos no designados para la energía en forma de renta (según la sección 2603 (5) de la Ley de Energía para Ingresos Limitados de 1981). Si reside en una vivienda subsidiada y tiene una factura de servicios públicos a su nombre, puede ser elegible para la asistencia. Se requiere una copia de su factura de servicios o documentos de responsabilidad (ejemplo: una copia de su contrato de alquiler o carta firmada por el arrendador).

Para que una unidad de vivienda sea elegible para beneficios de asistencia de energía, su fuente de calefacción principal debe ser:

- Una empresa de servicios públicos regulada o no regulada (gas y eléctrica) y propano)
- Una chimenea legal (leña)
- Un tanque de combustible individual y permanente (aceite)
- Un horno de leña o carbón legalmente ventilado

Los residentes de centros médicos certificados (hospitales, centros de enfermería especializada o centros de cuidado intermedio) o residencias comunitarias de operación pública (por ejemplo: YMCA) no son elegibles. Las casas de hospedaje, los hogares para grupos o los refugios de emergencia no son elegibles.

Si es elegible, el monto del beneficio del Programa HEAP dependerá de los niveles de financiamiento federal, de cuántas personas viven con usted, del ingreso total del hogar y del combustible principal que se utiliza. En la mayoría de los casos, la compañía de servicios públicos aplica los beneficios directamente a la factura de calefacción. Si está volviendo a verificar el monto de su PIPP, este se basará en el 10 % o 5 % del ingreso total de su hogar en los últimos 30 días, dependiendo de su fuente de calefacción.

Por medio de esta solicitud puede aplicar a los siguientes programas:

- Home Energy Assistance Program (HEAP)
- Home Weatherization Assistance Program (HWAP)
- Percentage of Income Payment Plan Plus (PIPP)

Pautas sobre ingresos de julio 2021 a mayo 2022

Tamaño de hogar	Ingreso anual bruto total del hogar			
1	hasta \$19,320			\$25,760
22	hasta \$26,130			\$34,840
3	hasta \$32,940			\$43,920
4	hasta \$39,750	(175 %)		\$53,000
5	hasta \$46,560	(Para HEAP,		\$62,080
6	hasta \$53,370	WCP y SCP)	(200 %)	\$71,160
7	hasta \$60,180		(Para HWAP)	\$80,240
8	hasta \$66,990			\$89,320

Al determinar el 150 % de los lineamientos federales de pobreza, los hogares con más de 8 miembros deben agregar \$6,810 al ingreso anual o \$559.73 al ingreso de 30 días por cada miembro adicional. Al determinar el 175 % de los lineamientos federales de pobreza, los hogares con más de 8 miembros deben agregar \$7,945 al ingreso anual o \$653.01 al ingreso de 30 días por cada miembro adicional. Al determinar el 200 % de los lineamientos federales de pobreza, los hogares con más de 8 miembros deben agregar \$9,080 por cada miembro adicional.

¿Cómo puedo revisar el estado de mi solicitud?

Para revisar el estado de su solicitud, visite energyhelp.ohio.gov y cree una cuenta.

Nota: Los beneficios del HEAP se aplicarán a su factura de servicios públicos a partir de enero de 2022.

Si tiene preguntas, comuníquese con su proveedor de asistencia de energía local o llame al 1-800-282-0880. TDD solo para problemas de audición: 711 o envíenos un mensaje al visitar energyhelp.ohio.gov y haga click en "contact us" (contáctenos).

Documentación de ciudadanía aceptada

Prueba de ciudadanía estadounidense	Prueba de residente legal/extranjero documentado
<ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de nacimiento/Registros de nacimiento del hospital 2. Registros de bautismo (solo si incluyen el lugar y la fecha) 3. Registro del censo indígena 4. Registro de servicio militar 5. Pasaporte estadounidense 6. Ciudadanía verificada por Programa Ohio Work First (OWF) 7. Tarjetas de registro de votante 8. Tarjetas de seguro social (serán aceptadas las tarjetas de seguro social emitidas por la Administración de Seguridad Social que no incluyan notas del estatus de autorización laboral). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Papeles de naturalización/Certificaciones de ciudadanía 2. Tarjeta de identificación del INS. 3. Tarjetas de extranjero documentado/permisos de entrada. 4. Formulario INS I-151 o I-551 (el formulario I-151 no será válido después del 1.º de agosto de 1993). 5. Formulario INS I-94 si está anotado con alguno de lo siguiente: a) Secciones 203(a)(7), 207, 208, 212(d)(5), 243(h), o 241(b)(3) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad; o b) una o una combinación de los siguientes términos: refugiado, libertad vigilada o asilo. 6. Formulario G-641 del INS para visa permanente, "Solicitud de verificación de información para los registros del INS", cuando tenga la anotación de un representante del INS en la parte inferior por un como admisión legal por motivos humanitarios. 7. Documentación que indica que el extranjero está clasificado, en virtud de las Secciones: 101(a)(2), 203(a), 204(a)(1)(a), 207, 208, 212(d)(5), 241(b)(3), 243(h), or 244(a)(3) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad. 8. Orden judicial que indique que la deportación ha sido interrumpida, en virtud de la Sección 241(b)(3) o 243(h) o de la Ley de Inmigración y Nacionalidad. 9. Formulario I-688 del INS

Pruebas de ingresos aceptadas

Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados
<input type="checkbox"/> Carta de adjudicación/beneficio <input type="checkbox"/> Pago impreso/estado de una agencia emisora <input type="checkbox"/> Copia de un cheque o estado de cuenta bancaria que muestre el depósito. <input type="checkbox"/> Formulario 1040 del IRS más reciente. <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente.	<input type="checkbox"/> Todos los comprobantes de pago recibidos 30 días desde la fecha de aplicación que incluyan los montos brutos y anuales hasta la fecha recibidos. <input type="checkbox"/> Formulario de verificación de empleo completado y firmado.	<input type="checkbox"/> Copia de cheque/carta de monto adjudicado. <input type="checkbox"/> Documentos del ODJFS/carta de elegibilidad con montos y fechas. <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente. <input type="checkbox"/> Documentos de autoridad de vivienda. <input type="checkbox"/> Comprobantes de pagos recibidos dentro de los 30 días desde la fecha de la solicitud. <input type="checkbox"/> Pago impreso/estado de cuenta de una agencia emisora.	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta de una institución financiera. <input type="checkbox"/> Copia de un cheque o estado de cuenta bancaria que muestre el depósito. <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente. <input type="checkbox"/> Carta firmada y fechada de patrocinador que incluya nombre, dirección y número de teléfono.	<input type="checkbox"/> Comprobantes de pago recibidos dentro de los 12 meses desde la fecha de la solicitud. <input type="checkbox"/> Formulario de ingresos de auto-empleo y de gastos de los últimos 12 meses (el formulario está disponible en energyhelp.ohio.gov). <input type="checkbox"/> Formulario 1040 del IRS y anexo más reciente. <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente.

Aviso de la Ley de privacidad

DIVULGACIÓN: la divulgación del Número del Seguro Social es obligatoria para recibir los beneficios del HEAP.

AUTORIDAD: Título 45, Sección 96.84 (c) del CFR; Título 42, Sección 405(c)(2)(C)(i), del Código de Estados Unidos (U.S.C.)

USO: el estado utilizará los números de seguro social en la administración del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar con el fin de verificar la información presentada en la solicitud para prevenir, detectar y corregir fraude, malversación y abuso. La información también se utiliza para responder solicitudes de información de otras agencias que ofrecen programas financiados por subvenciones en bloque a los estados para la Asistencia temporal para familias necesitadas o agencias que solicitan información por temas de manutención de niños o con el fin de comprobar la paternidad. El solicitante puede estar sujeto a cargos civiles o penales bajo las leyes federales o estatales, si a sabiendas, presenta declaraciones falsas o fraudulentas.

Sección de Información personal de los miembros del hogar primario.*

Para uso oficial únicamente

Ingrese la información completa. No envíe documentos originales. UTILICE TINTA AZUL OSCURA O NEGRA. Si no completa la solicitud en su totalidad, no entrega la documentación requerida y no firma la solicitud (en la última página), se generarán demoras en el procesamiento de dicha solicitud.

Fecha de recibido
Número de cliente

Primer nombre*	Inicial del 2.º nombre	Apellido*
----------------	------------------------	-----------

Número de seguro social*	Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero calificado)* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado militar <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Ningún servicio militar	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*
--------------------------	---	--	-----------------------------------

Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/ Afroamericana <input type="checkbox"/> Indoamericano/nativo de Alaska y blanco	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Asiático/blanco <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/blanco	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra variante multirracial <input type="checkbox"/> Blanco

Beneficios no monetarios <input type="checkbox"/> Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)/Cupones de alimentos. <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible	<input type="checkbox"/> Cupón para cuidado de niños <input type="checkbox"/> Cupón para elección de vivienda <input type="checkbox"/> HUD-VASH	<input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Mujeres, infantes y niños (WIC) <input type="checkbox"/> Otro	Número de miembros en el hogar
---	---	--	--------------------------------

Tipo de familia <input type="checkbox"/> Padre soltero/hombre <input type="checkbox"/> Madre soltera/mujer <input type="checkbox"/> Hogar biparental <input type="checkbox"/> Una persona	<input type="checkbox"/> Adultos sin parentesco con hijos <input type="checkbox"/> Hogar multigeneracional <input type="checkbox"/> Otro	Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquiler	Estructura de la residencia <input type="checkbox"/> Casa rodante <input type="checkbox"/> Unifamiliar <input type="checkbox"/> Multifamiliar de poca altura (tres pisos o menos) <input type="checkbox"/> Multifamiliar de gran altura (cuatro pisos o más)
---	--	--	--

Dirección de correo electrónico	Número de teléfono (con código de área) ()
---------------------------------	---

Método de contacto preferido* Correo electrónico Correo postal

Dirección postal (número y calle incluyendo la ruta)*	Dpto./Lote/Unidad/Piso
---	------------------------

Ciudad*	Estado*	Código postal*	Condado*
---------	---------	----------------	----------

¿La dirección de los servicios públicos es la misma?* Igual que la anterior Diferente (indique a continuación)

Dirección del servicio actual (si es diferente a la indicada anteriormente; número y calle incluyendo ruta)	Dpto./Lote/Unidad/Piso
---	------------------------

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

¿Recibe ayuda con el alquiler?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Organización del arrendador (si usted alquila)
---	--

Nombre del arrendador*	Apellido del arrendador*	Número de teléfono del arrendador (con código de área) ()
------------------------	--------------------------	--

Dirección postal del arrendador (número y calle incluyendo ruta)*	Dpto./Lote/Unidad/Piso
---	------------------------

Ciudad*	Estado*	Código postal*	Condado*
---------	---------	----------------	----------

***Indica la información requerida para procesar su solicitud.**

Sección de Ingresos de los miembros del hogar primario.*

Si no completa la solicitud en su totalidad, no entrega la documentación requerida y no firma la solicitud, se generarán demoras en el procesamiento de dicha solicitud.

Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otras fuentes de ingresos ganados
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro	<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Acerca de la Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)
†Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.				
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$

Sección de Miembros e ingresos del hogar

Si tiene miembros adicionales en el hogar (cualquier persona que viva bajo su techo en la misma dirección), complete la sección de Miembros e ingresos del hogar de la solicitud (esta sección), en las páginas 2 a 4. Si en su hogar viven más de cinco personas, imprima una página adicional de la sección de miembros del hogar de energyhelp.ohio.gov o recoja otra solicitud en la oficina de su Proveedor de Asistencia de Energía.

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*				
Relación con el solicitante		Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza		<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico		Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero calificado)* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Asiático/blanco	<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial						
		<input type="checkbox"/> Indoamericano/nativo de Alaska y blanco	<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Blanco						
			<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/blanco							
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otras fuentes de ingresos ganados						
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro	<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Acerca de la Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)	†Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.					
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$						
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$						

Sección de miembros del hogar e ingresos: continuación

Complete la tabla a continuación para los miembros del hogar adicionales. Use la sección adicional (en la página 4), según sea necesario, para registrar otros miembros del hogar con ingresos.

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico				Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero calificado)*	
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Asiático/blanco		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Indoamericano/nativo de Alaska y blanco		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanco					
<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/blanco									
Ingresos fijos		Ingresos laborales ganados		Ingresos suplementarios		Otras fuentes de ingresos		Otras fuentes de ingresos ganados	
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro		<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo		<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Acerca de la Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga		<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)	
Ingreso bruto de los últimos 30 días		Ingreso bruto de los últimos 30 días		Ingreso bruto de los últimos 30 días		Ingreso bruto de los últimos 30 días		Ingreso bruto de los últimos 30 días	
\$		\$		\$		\$		\$	
Ingreso bruto de los últimos 12 meses		Ingreso bruto de los últimos 12 meses		Ingreso bruto de los últimos 12 meses		Ingreso bruto de los últimos 12 meses		Ingreso bruto de los últimos 12 meses	
\$		\$		\$		\$		\$	

†Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico				Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero calificado)*	
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Asiático/blanco		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Indoamericano/nativo de Alaska y blanco		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanco					
<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/blanco									
Ingresos fijos		Ingresos laborales ganados		Ingresos suplementarios		Otras fuentes de ingresos		Otras fuentes de ingresos ganados	
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro		<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo		<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Acerca de la Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga		<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)	
Ingreso bruto de los últimos 30 días		Ingreso bruto de los últimos 30 días		Ingreso bruto de los últimos 30 días		Ingreso bruto de los últimos 30 días		Ingreso bruto de los últimos 30 días	
\$		\$		\$		\$		\$	
Ingreso bruto de los últimos 12 meses		Ingreso bruto de los últimos 12 meses		Ingreso bruto de los últimos 12 meses		Ingreso bruto de los últimos 12 meses		Ingreso bruto de los últimos 12 meses	
\$		\$		\$		\$		\$	

†Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.

Sección de miembros del hogar e ingresos: continuación

Rellene la tabla a continuación para los miembros del hogar adicionales. Imprima páginas adicionales para los otros miembros del hogar con ingresos, según sea necesario.

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico				Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero calificado)* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Asiático/blanco		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial					
<input type="checkbox"/> Indoamericano/nativo de Alaska y blanco		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanco					
<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/blanco									
Ingresos fijos		Ingresos laborales ganados		Ingresos suplementarios		Otras fuentes de ingresos		Otras fuentes de ingresos ganados	
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro		<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo		<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga		<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)	
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	

† Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico				Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero calificado)* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Asiático/blanco		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial					
<input type="checkbox"/> Indoamericano/nativo de Alaska y blanco		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanco					
<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/blanco									
Ingresos fijos		Ingresos laborales ganados		Ingresos suplementarios		Otras fuentes de ingresos		Otras fuentes de ingresos ganados	
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro		<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo		<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga		<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)	
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	

† Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.

Sección de deducciones del hogar*

Deducciones totales de ingresos del hogar (elijá todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Honorarios de abogado por acuerdos de bienes o fideicomisos	<input type="checkbox"/> Cuentas de gastos por cuidados médicos	<input type="checkbox"/> Reembolso por gastos de trabajo
	<input type="checkbox"/> Pagos de manutención infantil	<input type="checkbox"/> Reducción de gastos de Medicaid (deducibles)	<input type="checkbox"/> Gastos de negocios provenientes de auto-empleo permitidos por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)
	<input type="checkbox"/> Primas de seguros médicos	<input type="checkbox"/> Primas de Medicare	<input type="checkbox"/> Discapacidad a corto y a largo plazo
		<input type="checkbox"/> Planes de medicamentos recetados	
Deducciones totales en los últimos 30 días	Deducciones totales en los últimos 12 meses		
\$	\$		

Tenga en cuenta que : se requiere la documentación sobre la (las) deducciones (s).

Sección de ingresos elegibles total del hogar*

Sume los ingresos totales recibidos por cada miembro del hogar adulto y luego reste las deducciones totales del hogar.

Ingresos totales del hogar (añada los montos de la sección ingresos del hogar de las páginas 3 y 4).	Últimos 30 días \$	Últimos 12 meses \$
Deducciones totales del hogar (de la Sección deducciones del hogar en la página 5)	Últimos 30 días - \$	Últimos 12 meses - \$
Total de ingresos elegibles	Ingresos totales del hogar menos deducciones totales del hogar indicados anteriormente. \$	Ingresos totales del hogar menos deducciones totales del hogar indicados anteriormente. \$

Si corresponde, explique la diferencia de ingresos en los últimos 30 días con relación a los ingresos en los últimos 12 meses.

Tenga en cuenta que: los ingresos recibos por manutención infantil y discapacidades de veteranos no son ingresos contables. Para obtener una lista completa de ingresos excluidos, visite energyhelp.ohio.gov. La documentación de ingresos excluidos puede ser necesaria para completar su solicitud.

Sección de información de servicios públicos*

¿Cómo calienta su casa?	<input type="checkbox"/> Gas natural	<input type="checkbox"/> Aceite combustible o queroseno	<input type="checkbox"/> Calefacción eléctrica (incluye zócalos)
	<input type="checkbox"/> Propano o gas embotellado (gas licuado de petróleo)	<input type="checkbox"/> Carbón, leña o pellets de madera	<input type="checkbox"/> Otro
Compañía/Proveedor	Número de cuenta	¿Se incluyen los costos dentro del alquiler?	¿Tiene un medidor compartido?
Nombre del titular de la cuenta	Apellido del titular de la cuenta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el cliente principal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si está inscrito en PIPP actualmente, ¿desea volver a verificar esta cuenta?		¿Desea inscribirse en PIPP y tener un proveedor de servicios públicos regulado?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Brinde la información de su proveedor de servicios eléctricos (si no la proporcionó anteriormente):

Compañía eléctrica/Proveedor	Número de cuenta	¿Se incluyen los costos dentro del alquiler?	¿Tiene un medidor compartido?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del titular de la cuenta	Apellido del titular de la cuenta	Relación con el cliente principal	
Si está inscrito en PIPP actualmente, ¿desea volver a verificar esta cuenta?		¿Desea inscribirse en PIPP y tener un proveedor de servicios públicos regulado?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

APLICACIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA, JULIO 2021 A MAYO 2022

Términos del acuerdo

- Acepto** Pagar todos los meses el monto de mi Percentage of Income Payment Plan Plus (PIPP) por mi servicio de electricidad o de gas natural.
- Visitar a mi proveedor de asistencia de energía local o ingresar a energyhelp.ohio.gov para volver a presentar mi solicitud al menos una vez al año con mi información del hogar y documentación de ingresos para seguir siendo elegible.
- Contactar a mi proveedor de asistencia de energía local o reportar cualquier cambio el monto de ingresos o en el número de miembros del hogar en energyhelp.ohio.gov, dentro de los primeros 30 días posterior al cambio.
- Aceptar cualquier programa de energía eficiente ofrecido por la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio (Ohio Development Services Agency, ODSA) o sus proveedores designados, de ser elegible.
- Permitir que mis compañías de servicios públicos proporcionen mi nombre, dirección, número telefónico, información sobre los miembros del hogar, monto por consumo de servicios, y monto total vencido a ODSA y a las agencias que brindan servicios de climatización u otros servicios de energía relacionados.
- Permitir que ODSA proporcione mi nombre, dirección, número telefónico, información sobre los miembros del hogar, y mi estado actual a las compañías de servicios públicos y a otros proveedores de asistencia de energía.
- Permitir que ODSA comparta mi consumo y datos demográficos con las organizaciones contratadas por ODSA para evaluar los programas que administran.
- Comprendo que** No volveré a ser verificado si debo algún pago al PIPP. Debo realizar esos pagos antes del próximo ciclo de facturación o de la fecha límite establecida por mis compañías de servicios.
- Si me olvido de tres (3) o más pagos consecutivos, recibiré un aviso en mi factura y tendré un ciclo de facturación después del aviso para compensar los pagos o ser eliminado de PIPP Plus
- Si no verifico mis ingresos al menos una vez cada 12 meses, no recibiré más PIPP.
- Si no realizo los pagos que debo antes de mi fecha de aniversario, no recibiré más PIPP.
- La verificación de PIPP y las fechas de vencimiento estén impresas en las facturas de servicios públicos cada mes.
- Si hago mis pagos al PIPP completos y puntuales cada mes, recibiré un crédito para 1/24 de mi total vencido, y no tendré que pagar la diferencia entre mi pago al PIPP y el monto real de la factura.
- Si vuelvo a solicitar PIPP y no soy elegible, o si elijo ser eliminado del PIPP, puedo inscribirme en Graduate PIPP hasta 12 meses después de la fecha en que me eliminen y aún recibir créditos para mis montos vencidos adeudados en mis cuentas de servicios públicos.
- Si me mudo fuera del área de servicio de mi compañía eléctrica o de gas, puedo inscribirme en el Programa Post PIPP para hacer pagos hacia mi cuenta cerrada y recibir créditos hacia los montos vencidos.
- Soy legalmente responsable por todos los montos vencidos en mis cuentas de gas o eléctricas, y si no participo en el PIPP, los montos vencidos serán cobrados. Si los montos vencidos no se cancelan por completo, las compañías de servicios públicos podrán poner en ejecución cualquier método común de cobro por los montos vencidos en mis cuentas.
- Puedo apelar si no se llega a una decisión sobre mi solicitud en menos de 12 semanas. También puedo apelar en un plazo de 30 días si no estoy de acuerdo con el monto de mi beneficio o si me negaron la asistencia.

Autorización general

Un aplicante que brinde información falsa de ingresos o de la composición familiar, corre el riesgo de los siguiente: ser rechazado del PIPP o de otros programas de asistencia de energía; no ser elegible para volver a aplicar durante los siguientes 24 meses, los créditos morosos se añadirán a su factura de servicios de nuevo, o recibir una factura de su(s) servicio(s) publico(s) por el monto completo de la cuenta.

Autorizo al comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio (Ohio Department of Taxation) o a cualquier agente o empleado designado por el comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, así como al director del Departamento de Desarrollo de Ohio o a cualquier agente o empleado designado del director, o el director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Jobs and Family Services) o cualquier agente o empleado designado por el director, a proporcionar al director del Departamento de Desarrollo de Ohio o cualquier agente o empleado designado del director, o al comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, o a cualquier agente o empleado designado por el comisionado fiscal, toda mi información de impuestos sobre la renta del estado de Ohio. El solicitante renuncia expresamente al (a los) aviso(s) de divulgación. El solicitante renuncia expresamente a las disposiciones de confidencialidad del Código Revisado de Ohio (Ohio Revised Code), que de otro modo podría prohibir la divulgación, y acepta mantener al Departamento de Impuestos de Ohio, al Departamento de Desarrollo de Ohio y al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio, y sus respectivos agentes y empleados, exentos de responsabilidad con respecto a las divulgaciones en este documento. Esta autorización debe analizarse e interpretarse libremente; cualquier ambigüedad se resolverá a favor del comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, el director del Departamento de Desarrollo de Ohio y el director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio.

Entiendo que al firmar esta solicitud, otorgo al Departamento de Desarrollo de Ohio, o a sus proveedores autorizados, acceso a mi banco, empleo, asistencia pública, compañía de servicios públicos u otros registros necesarios para la verificación y evaluación de los servicios. Además, otorgo al Departamento de Desarrollo de Ohio, o a sus proveedores autorizados, acceso a cualquier información que haya proporcionado a cualquier otra agencia estatal, incluida, entre otras, la información sobre ingresos relacionada con solicitudes de asistencia pública. Comprendo que el hecho de completar esta solicitud no garantiza que mi hogar recibirá asistencia. Si soy o me convierto en cliente de PIPP, comprendo que puedo ser incluido en un grupo para el cual el servicio eléctrico se compra en común. Comprendo que cualquier proveedor autorizado puede anular un pago aprobado si se encuentra información que determina que mi hogar no es elegible para los servicios según las reglas de cada programa. Comprendo que tengo el derecho de apelar. Certifico que la información que he presentado en esta solicitud es, a mi leal entender, una declaración completa, precisa y verdadera de la información requerida. Comprendo que puedo estar sujeto a cargos civiles o penales bajo las leyes federales y estatales, si a sabiendas, presento declaraciones falsas o fraudulentas.

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información presentada en esta aplicación es verdadera y correcta.

FIRME Y ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO A:

Office of Community Assistance, Home Energy Assistance Program
P.O. Box 1240, Columbus, Ohio 43216

X Firme aquí _____ Fecha de la solicitud _____