

APLICACIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA JULIO 2019 - MARZO 2020

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 Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program, HEAP) y el Programa HEAP de emergencia aplican el beneficio directamente a la factura de servicios públicos de un cliente. El Plan de pago de porcentaje de ingresos (PIPP por sus siglas en inglés) es un plan de extensión de pago en el que los clientes aportan un porcentaje de sus ingresos hacia la factura de servicios mensual. Si busca mejorar la eficiencia energética de su hogar, el Programa de Asistencia para Climatización del Hogar o el Programa de Asociación Eléctrica pueden ser de ayuda. Visite energyhelp.ohio.gov para encontrar su proveedor local.

Puede solicitar el ingreso a los Programas de asistencia de energía completando esta solicitud y enviándola por correo, programando una cita con su proveedor local de asistencia de energía, o visitando energyhelp.ohio.gov y completando la solicitud en línea. Si envía su aplicación por correo, puede tardar hasta 12 semanas en procesarse. Tome en cuenta que los beneficios HEAP se aplicarán a su factura a partir de enero.

Si está solicitando el ingreso al Programa PIPP por primera vez, debe visitar a su proveedor local de asistencia de energía.

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 se 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 vive en una vivienda social y tiene una factura de servicios a su nombre, puede ser elegible para 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 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)
- Una chimenea legal (leña)
- Un tanque de combustible individual y permanente (aceite y propano)
- Un horno ventilado legalmente de leña o carbón

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 para recibir asistencia con los pagos.

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 energía. Si está volviendo a verificar el monto de su PIPP, este se basará en el 10 % o el 6 % 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:

- Programa de asistencia para gastos de energía (HEAP)
- Reverificación del Plan de pago de porcentaje de ingresos (PIPP)

Pautas sobre ingresos 2019-2020

Tamaño de hogar	Ingreso bruto total anual del hogar				
1		hasta \$18,735		\$21,857.50	\$24,980
2		hasta \$25,365		\$29,592.50	\$33,820
3		hasta \$31,995		\$37,327.50	\$42,660
4	(150 %)	hasta \$38,625	(175 %)	\$45,062.50	(200 %) \$51,500
5	(Para PIPP, EPP)	hasta \$45,255	(Para HEAP, WCP y SCP)	\$52,797.50	(For HWAP) \$60,340
6		hasta \$51,885		\$60,532.50	\$69,180
7		hasta \$58,515		\$68,267.50	\$78,020
8		hasta \$65,145		\$76,002.50	\$86,860

Al determinar 150% de los lineamientos federales de pobreza, los hogares con más de ocho miembros deben agregar \$6,630 a los ingresos anuales o \$552.50 a los ingresos de 30 días por cada miembro adicional. Al determinar 175% de los lineamientos federales de pobreza, los hogares con más de ocho miembros deben agregar \$7,735 a los ingresos anuales o \$644.58 a los ingresos de 30 días por cada miembro adicional.

¿Cómo puedo revisar el estado de mi solicitud?

Para ver el estado de su solicitud, visite energyhelp.ohio.gov y abra una cuenta.

Nota: los beneficios HEAP se incluirán en su factura a partir de enero.

Si tiene preguntas, contacte a su proveedor de asistencia de energía o llame al 1-800-282-0880.TDD solo para problemas de audición: Al 711 o envíe un mensaje desde energyhelp.ohio.gov y haga clic en "contact us" (contáctenos).

Documentación de ciudadanía aceptados

Prueba de ciudadanía estadounidense	Prueba de residente legal/extranjero documentado
<ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de nacimientos/registros hospitalarios de nacimiento 2. Registros de bautismo (solo si incluyen el lugar y la fecha) 3. Registros del censo de tribu india 4. Registro de servicio militar 5. Pasaporte estadounidense 6. Ciudadanía verificada del programa Ohio Work First (OWF) 7. Tarjetas de registro electoral 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. Documentos de naturalización/certificados 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 de 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 IRS 1099 más reciente	<input type="checkbox"/> Todos los comprobantes de pago recibidos 30 días desde la fecha de aplicación que incluyan los montos brutos y datos del año hasta la fecha recibidos <input type="checkbox"/> Formulario de verificación de empleo completo 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"/> Contrato de alquiler <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 1040 del IRS más reciente <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente	<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 autoempleo y de gastos de los últimos 12 meses (el formulario está disponible en energyhelp.ohio.gov) <input type="checkbox"/> Formulario 1040 del IRS y Schedule 1 más recientes <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 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

Número de cliente									

Ingrese la información completa. **UTILICE TINTA AZUL OSCURA O NEGRA.** Si no completa la solicitud en su totalidad, no brinda toda la documentación requerida y no firma la solicitud, se generarán demoras en el procesamiento de dicha solicitud.

Nombre*	Inicial del 2.º nombre	Apellido*	Ningún servicio militar
---------	------------------------	-----------	-------------------------

Número de seguro social*	Ciudadano de EE. UU./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)*
--------------------------	--	--	-----------------------------------

Discapacitado* <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"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Asiática/Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii/Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra variante multirracial <input type="checkbox"/> Blanca

Beneficios no monetarios <input type="checkbox"/> Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP)/Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act)	<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"/> Programa Mujeres, bebés y niños (WIC) <input type="checkbox"/> Otro	Número de miembros en el hogar
---	---	--	--------------------------------

Tipo de familia <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Hogar biparental <input type="checkbox"/> Una persona	<input type="checkbox"/> Adultos no relacionados con hijos <input type="checkbox"/> Holgar 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 (3 pisos o menos) <input type="checkbox"/> Multifamiliar de gran altura (4 pisos o más)
--	--	--	--

Dirección de correo electrónico	Número de teléfono (incluyendo el código de área) ()
---------------------------------	---

Método de contacto preferido* <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal
--

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

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

¿La dirección de los servicios públicos es la misma?* <input type="checkbox"/> Igual que la anterior <input type="checkbox"/> 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 (incluyendo el código de área) ()
------------------------	--------------------------	--

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

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

Si existen más miembros en el hogar (cualquier persona que vive bajo su techo en la misma dirección), complete la página 2 de la solicitud. Si tiene más de 5 miembros en el hogar, imprima una página adicional de la sección de miembros del hogar en energyhelp.ohio.gov o busque otra aplicación en su proveedor de asistencia de energía local.

*Indica la información requerida para procesar su solicitud. Si no completa la solicitud en su totalidad, no brinda la documentación requerida y no firma la solicitud, se generarán demoras en el procesamiento de dicha solicitud.

Sección de miembros en el hogar

Complete esta sección con la información de las personas que viven en su hogar.

Nombre completo*				Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante											
Discapacitado* <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 EE. UU./Residente legal (extranjero calificado)*		
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana			<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca			<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana			<input type="checkbox"/> Blanca					
			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca								
Nombre completo*				Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante											
Discapacitado* <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 EE. UU./Residente legal (extranjero calificado)*		
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana			<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca			<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana			<input type="checkbox"/> Blanca					
			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca								
Nombre completo*				Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante											
Discapacitado* <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 EE. UU./Residente legal (extranjero calificado)*		
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana			<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca			<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana			<input type="checkbox"/> Blanca					
			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca								
Nombre completo*				Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante											
Discapacitado* <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 EE. UU./Residente legal (extranjero calificado)*		
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana			<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca			<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana			<input type="checkbox"/> Blanca					
			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca								
Nombre completo*				Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante											
Discapacitado* <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 EE. UU./Residente legal (extranjero calificado)*		
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana			<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca			<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana			<input type="checkbox"/> Blanca					
			<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca								

Sección de ingresos del hogar*

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. Nota: si su hogar no tiene ingresos, viste su proveedor de asistencia de energía local.

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros 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 pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRA/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos de suma fija (SSI/SSDI/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.) † Esta categoría DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a 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 \$

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros 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 pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRA/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos de suma fija (SSI/SSDI/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.) † Esta categoría DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a 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 \$

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros 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 pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos de suma fija (SSI/SSDI/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.) † Esta categoría DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a 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 ingresos del hogar – 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		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros 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 de viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRA/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos de suma fija (SSI/SSDI/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.) <p>† Esta categoría DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a 12 meses</p>
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 \$

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros 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 pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRA/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos de suma fija (SSI/SSDI/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.) <p>† Esta categoría DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a 12 meses</p>
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 \$

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros 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 pulmonar minera	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC)	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRA/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos de suma fija (SSI/SSDI/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.) <p>† Esta categoría DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a 12 meses</p>
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 deducciones del hogar*

Deducciones totales de ingresos del hogar (elijá todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Honorarios de abogado o acuerdos de fideicomiso	<input type="checkbox"/> Medicare Parte B	<input type="checkbox"/> Reembolso por gastos de trabajo
	<input type="checkbox"/> Pagos de manutención	<input type="checkbox"/> Reducción de gastos de Medicaid (deducibles)	<input type="checkbox"/> IRS de autoempleo
	<input type="checkbox"/> Primas de seguros médicos	<input type="checkbox"/> Medicare Parte D (prima RX)	<input type="checkbox"/> Discapacidad a corto y a largo plazo
	<input type="checkbox"/> Cuentas de gastos para cuidados médicos	<input type="checkbox"/> Planes de medicamentos recetados	
Deducciones totales en los últimos 30 días \$		Deducciones totales en los últimos 12 meses \$	

Nota: se requiere documentación de las deducciones.

Sección de ingresos elegibles totales del hogar*

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

Ingresos totales del hogar (suma los montos de la Sección de ingresos del hogar en 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 las deducciones totales del hogar mencionadas anteriormente \$	Ingresos totales del hogar menos las deducciones totales del hogar mencionadas anteriormente \$

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

Nota: si su hogar no tiene ingresos, viste su proveedor de asistencia de energía local. Los ingresos de manutención infantil y de discapacidad de VA no se consideran como ingresos. Para obtener una lista completa de ingresos excluidos, visite energyhelp.ohio.gov. La documentación de ingresos excluidos puede ser requerida para completar su solicitud.

Sección de información de servicios*

Si desea inscribirse al PIPP y tiene un proveedor de servicios públicos regulado, viste a su proveedor de asistencia de energía local. Puede consultar la lista en energyhelp.ohio.gov.

¿Cómo calienta su casa?	<input type="checkbox"/> Gas natural	<input type="checkbox"/> Aceite combustible o queroseno	<input type="checkbox"/> Carbón, leña o pellas	<input type="checkbox"/> Otro
	<input type="checkbox"/> Gas embotellado o propano (gas licuado de petróleo)		<input type="checkbox"/> Calefacción eléctrica (incluye zócalos)	
Compañía/Proveedor	Número de cuenta	¿Se incluyen los costos dentro del alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene un medidor compartido? <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 verificar en esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

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

Compañía eléctrica/Proveedor	Número de cuenta	¿Se incluyen los costos dentro del alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene un medidor compartido? <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 verificar en esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

APLICACIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA JULIO 2019 - MARZO 2020

Términos del acuerdo

- Acepto** Pagar todos los meses el monto de mi Plan de Pago de Porcentaje del Ingreso Plus (PIPP) por mi servicio de electricidad y/o de gas natural.
- Visitar a mi proveedor de asistencia de energía local o a energyhelp.ohio.gov para volver a presentar mi solicitud al menos una vez al año con mi información actualizada de ingresos, y mostrar documentos de ingresos para seguir siendo elegible.
- Contactar a mi proveedor de asistencia de energía local o reportar cualquier cambio de ingresos o miembros del hogar en energyhelp.ohio.gov en los primeros 30 días del cambio.
- Aceptar cualquier programa de energía eficiente ofrecido por ODSA o sus proveedores designados, de ser elegible.
- Permitir que mis compañías de servicios 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 y a otros proveedores de asistencia de energía.
- Permitir a ODSA compartir mi consumo y datos demográficos con organizaciones contratadas por ODSA para evaluar los programas que brindan.
- Comprendo** Que no seré reverificado 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 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.
- 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 el PIPP y no soy elegible, o si opto por salir del PIPP, puedo inscribirme en Graduate PIPP por hasta 12 meses tras la fecha de terminación y seguiré recibiendo crédito hacia mis montos vencidos en mis facturas de servicios.
- Si me mudo fuera del área de servicio de mi compañía eléctrica/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 y/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 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 y/o de otros programas de asistencia de energía; no ser elegible durante los siguientes 24 meses, los créditos morosos se añadirán a su factura de servicios de nuevo, y/o recibir una factura de su servicio(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 también al director de la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio (Ohio Development Services Agency) o a cualquier agente o empleado designado por el director, o al director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Jobs and Family Services) o a cualquier agente o empleado designado por el director, a divulgar al director de la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio o a cualquier agente o empleado designado por el 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 impuesto 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 otra forma, prohibiría la divulgación, y acepta no hacer responsable de las divulgaciones aquí establecidas al Departamento de Impuestos de Ohio, a la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio y al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio, y sus respectivos agentes y empleados. Esta autorización debe interpretarse libremente; cualquier ambigüedad deberá resolverse a favor del comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, el director de la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio y el director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio.

Comprendo que, al firmar esta solicitud, otorgo a la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio o a sus proveedores autorizados el acceso a mis registros bancarios, de empleo, de asistencia pública, de compañías de servicios públicos u otros registros necesarios para verificar y evaluar los servicios. También otorgo a la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio, o sus proveedores autorizados, acceso a toda información que haya proporcionado a otra agencia del estado, incluso, entre otras, información de 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. Entiendo 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 solicitud es correcta y veraz.

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 aplicación _____