

Formulario de solicitud para el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos de FLORIDA (LIHEAP)

También puede completar esta solicitud en línea en www.floridaliheap.com para agilizar el proceso.

Formulario de Solicitud

Nombre _____ Apellido _____
Teléfono _____ Correo Electrónico _____
Dirección del Servicio _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____
Dirección Postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información de Servicios Públicos

Proveedor de Servicios Públicos Principal _____ Número de Cuenta _____
¿Se ha suspendido el servicio por falta de pago? ☐ No ☐ Si ☐ Recibió una advertencia
Proveedor independiente de servicios públicos _____ Tipo de energía _____
¿Se ha quedado sin combustible u otra fuente de energía? ☐ No ☐ Si ☐ Recibió una advertencia

Vivienda y Beneficios

¿Usted posee una vivienda o la alquila? Si alquila, los servicios públicos están:
☐ Proprietario ☐ Alquiler ☐ Facturados por separado del alquiler ☐ Incluido en el alquiler
Marque todos los beneficios que recibe alguien en su hogar:
☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) ☐ Anteriormente recibió LIHEAP ☐ Nadie en mi hogar está en ninguno de los programas mencionados

Información sobre el Solicitante del Hogar

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
Historial de discapacidad o discapacidad ☐ No ☐ Si Género? ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiero no responder
Raza/Etnicidad (Marque todas las que correspondan):
☐ Hispano o Latino, o de Origen Español ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco
☐ Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico ☐ Prefiero no responder ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska ☐ Otro
Ciudadanía: ☐ Ciudadano de los Estados Unidos ☐ Residente Permanente o titular de una tarjeta verde
☐ Otro extranjero calificado ☐ Ninguna de las anteriores
Número de personas en su hogar: _____

Total de ingresos mensuales del hogar

Ingrese TODOS los ingresos de los miembros del hogar (excepto menores) del mes pasado. Ingrese los montos BRUTOS (antes de impuestos/deducciones).

Marque todas las opciones aplicables e ingrese el monto mensual:

☐ Salarios \$ _____
☐ Trabajo por cuenta propia \$ _____
☐ Seguro Social \$ _____
☐ Pensiones \$ _____
☐ Beneficios para Veteranos \$ _____
☐ Manutención de hijos \$ _____
☐ Intereses y dividendos \$ _____
☐ Otros ingresos contables \$ _____
☐ Sin ingresos

Documentación requerida

La solicitud requiere copias de documentos de respaldo - **no envíe originales, ya que no pueden ser devueltos**

¡Documentación Requerida!

- Formulario de solicitud completo y firmado
- Prueba de identidad del solicitante principal
- Copia de la última factura de servicios públicos. Para consumos de energía no relacionados con servicios públicos, como el propano, presente la factura o el recibo de pago más reciente.
- Aviso de desconexión de servicios o aviso de terminación (si corresponde)
- Cartas de beneficios (si aplica)
- Documentación de todos los ingresos recibidos por los miembros del hogar durante el mes completo
- Copias de prueba del estado de ciudadanía de todos los miembros del hogar, como certificados de nacimiento, pasaportes, tarjetas de residencia o cartas de estatus migratorio.

Para más información y preguntas frecuentes, visite floridaliheap.com

Términos y Condiciones

- ☐ Confirmando que toda la información y los documentos enviados con esta solicitud son precisos y completos según mi conocimiento y autorizo la verificación de la información proporcionada en esta solicitud.
- ☐ Entiendo que si proporciono información falsa o documentos falsos, podría estar infringiendo la ley y perder los beneficios y/o ser procesado penalmente.
- ☐ Estoy al tanto de las reglas, requisitos de elegibilidad, pautas de otorgamiento y derechos y responsabilidades del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP). <https://short.promise-pay.com/x6F42>
- ☐ Autorizo al Estado y a mi proveedor de servicios públicos a compartir con Promise y/o con el proveedor designado de LIHEAP y acepto proporcionar la información necesaria para determinar si califico para aplicar para los programas LIHEAP. La información proporcionada puede incluir la participación en beneficios y detalles de la cuenta de servicios públicos, como el nombre del titular, dirección, saldo, entre otros.
- ☐ Entiendo que los números de Seguro Social se utilizan para confirmar si se califica para los programas de LIHEAP y solo se manejan para fines autorizados. Su divulgación está estrictamente limitada a usos legales, consentidos o administrativos específicos. Confirmando la recepción del Aviso Completo sobre la Recolección de Números de Seguro Social. <https://short.promise-pay.com/EjUoM>
- ☐ Si mi solicitud es aprobada, autorizo a la agencia designada a realizar los pagos de beneficios directamente a mi proveedor de servicios públicos o a otro proveedor aprobado que no sea de servicios públicos, y a recuperar cualquier sobrepago.
- ☐ Deseo recibir llamadas telefónicas en vivo y automatizadas y/o mensajes de texto de un proveedor designado de LIHEAP y de Promise con respecto a mi solicitud y asuntos relacionados.
- ☐ Quiero recibir mensajes de cuenta de Promise y acepto que se apliquen tarifas de mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes varía. Puedo enviar un mensaje con la palabra STOP para cancelar o llamar a mi proveedor designado de LIHEAP para obtener ayuda. <https://short.promise-pay.com/SIKSx>
- ☐ Si se proporcionó un correo electrónico, deseo recibir comunicaciones por correo electrónico de un proveedor designado de LIHEAP y de Promise sobre mi solicitud y asuntos relacionados. <https://short.promise-pay.com/GStU4>
- ☐ Acepto los Términos de Uso de Promise: <https://short.promise-pay.com/jtQxZ>
Consentimiento para Comunicaciones Electrónicas: <https://short.promise-pay.com/IMfuZ>
Política de Privacidad: <https://short.promise-pay.com/heVXL>

Firma _____ Fecha _____

Envíe por correo la solicitud completa y TODA la documentación a la oficina de su proveedor local de LIHEAP

Miembros adicionales del hogar

Utilice la tabla a continuación. Ingrese la información requerida y envíe todos los documentos necesarios para cada miembro del hogar.

[illegible]