



ESTADO DE CONNECTICUT
Departamento de Servicios Sociales
SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD

Materiales requeridos para la solicitud

Solicitud de asistencia para energía completada (páginas 1-6 de este documento)

Documentación de servicios públicos:

Presente **ya sea** una copia de su factura de calefacción más reciente (si solicita asistencia para calefacción), factura de electricidad (si solicita asistencia para calefacción), **o** una copia de su contrato de alquiler que muestre que los servicios públicos están incluidos en el alquiler.

Documentación de ingresos

Si usted o alguien en su hogar actualmente recibe el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Familiar Temporal (TFA/ TANF), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (State Supp) y/o Asistencia en Efectivo para Refugiados, automáticamente cumple con el requisito de Elegibilidad Categórica y aún debe presentar prueba de ingresos. (Nota: Los hogares asociados con SSI deben proporcionar documentación que demuestre haber recibido SSI). Debe presentar lo siguiente **para cada miembro de su hogar**:

Ingresos de empleo: Copia de los recibos de pago que muestren los ingresos de los 30 días anteriores o 4 semanas consecutivas en cualquier momento de los últimos 3 meses, o una carta firmada por el departamento de nómina/ empleador que indique los ingresos en este período de tiempo

Ingresos de trabajo por cuenta propia: Hoja de trabajo de trabajo por cuenta propia completada (descargar en www.ct.gov/heatinghelp) y el Formulario 1040 del IRS presentado más recientemente, incluidos todos los anexos

Ingresos adicionales: Carta(s) de concesión, un estado de cuenta bancario que muestre los depósitos directos por pensión alimentaria, manutención de menores o adopción, y/o declaración(es) firmada(s) de personas que contribuyen a los ingresos. Consulte el "Aviso de Derechos del Solicitante" adjunto para obtener instrucciones detalladas.

Documentos adicionales (descargar en www.ct.gov/heatinghelp)

Formulario de Cero Ingresos:
Complete este formulario si su hogar no ha tenido ingresos durante al menos las últimas 4 semanas

Declaración jurada que certifica la falta de recepción del pago de manutención de menores:
Complete este formulario si en su hogar hay niños que tienen uno o más padres no custodios que no pagan manutención de menores

Certificación de discapacidad:
Complete este formulario si usted o un miembro de su hogar es una persona con una discapacidad que no recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o el Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos o Discapacitados, o el Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI).

Devuelva todos los formularios y la documentación, incluida esta lista de verificación, a su Agencia de Acción Comunitaria (CAA) local por correo electrónico, correo postal o entrega en persona. Si tiene alguna pregunta, llame a su CAA local.

Para encontrar su CAA local, vaya en línea para www.ct.gov/heatinghelp o llame al 2-1-1

Sección 1 – Solicitante del hogar (Persona 1) Cuéntenos acerca de usted y su hogar.

Identificador del solicitante de asistencia para energía (debe ser completado por la agencia)		Identificador de cliente DSS (si se conoce)		Fecha de solicitud (debe ser completado por la agencia)	
Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Número de Seguro Social	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		Lengua materna		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Número de teléfono		Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Dirección de correo electrónico	
Dirección residencial o del servicio, número de apartamento			Ciudad		Estado
Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial)			Ciudad		Estado
Código postal			Código postal		
¿Usted o alguien más en su hogar necesita adaptaciones razonables o ayuda adicional para obtener beneficios debido a una discapacidad o impedimento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			En caso afirmativo, describa la condición y la ayuda necesaria:		

Número de personas en el hogar:	Número de personas con discapacidad en el hogar:	Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> En servicio activo <input type="checkbox"/> Ninguno
---------------------------------	--	--

Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Oriente Medio o el norte de África <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
Etnicidad	¿Se identifica como hispano, latino o de origen español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
Elegibilidad categórica	Marque si recibe: <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/ TANF)				
Estatus como estudiante	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial		Último grado o nivel educativo completado, incluida la escuela vocacional:		
Estatus laboral	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Desempleado (<6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (6+ meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (No en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Jubilado				

Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 2) Cuéntenos sobre este miembro de su hogar.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Número de Seguro Social	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		Lengua materna	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		Dirección de correo electrónico	
¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> En servicio activo <input type="checkbox"/> Ninguno	

Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Oriente Medio o el norte de África <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
Etnicidad	¿Se identifica como hispano, latino o de origen español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
Elegibilidad categórica	Marque si recibe: <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/ TANF)				
Estatus como estudiante	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial		Último grado o nivel educativo completado, incluida la escuela vocacional:		
Estatus laboral	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Desempleado (<6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (6+ meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (No en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Jubilado				

Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 3) Cuéntenos sobre este miembro de su hogar.

Nombre (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)		Número de Seguro Social	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Lengua materna	Fecha de nacimiento (<i>dd/mm/aaaa</i>)	Dirección de correo electrónico
¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> En servicio activo <input type="checkbox"/> Ninguno	
Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Oriente Medio o el norte de África <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Etnicidad	¿Se identifica como hispano, latino o de origen español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Elegibilidad categórica	<i>Marque si recibe:</i> <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/ TANF)		
Estatus como estudiante	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial	Último grado o nivel educativo completado, incluida la escuela vocacional:	
Estatus laboral	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Desempleado (<6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (6+ meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (No en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Jubilado		

Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 4) Cuéntenos sobre este miembro de su hogar.

Nombre (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)		Número de Seguro Social	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Lengua materna	Fecha de nacimiento (<i>dd/mm/aaaa</i>)	Dirección de correo electrónico
¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> En servicio <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Ninguno	
Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Oriente Medio o el norte de África <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Etnicidad	¿Se identifica como hispano, latino o de origen español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Elegibilidad categórica	<i>Marque si recibe:</i> <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/ TANF)		
Estatus como estudiante	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial	Último grado o nivel educativo completado, incluida la escuela vocacional:	
Estatus laboral	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Desempleado (<6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (6+ meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (No en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Jubilado		

Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 5) Cuéntenos sobre este miembro de su hogar.

Nombre (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)		Número de Seguro Social	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Lengua materna	Fecha de nacimiento (<i>dd/mm/aaaa</i>)	Dirección de correo electrónico
¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?		Servicio militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> En servicio activo <input type="checkbox"/> Ninguno	
Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Oriente Medio o el norte de África <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Etnicidad	¿Se identifica como hispano, latino o de origen español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Elegibilidad categórica	<i>Marque si recibe:</i> <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo para Refugiados <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (Suplemento Estatal) <input type="checkbox"/> Asistencia Familiar Temporal (TFA/ TANF)		
Estatus como estudiante	<input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial	Último grado o nivel educativo completado, incluida la escuela vocacional:	
Estatus laboral	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Desempleado (<6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (6+ meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (No en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Jubilado		

Si necesita agregar personas adicionales que viven en su hogar, adjunte una hoja de papel separada con su información junto con este formulario

Sección 2 – INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

Complete esta sección si está solicitando asistencia para energía y/o agua. Solo los inquilinos deben completar las casillas del arrendador.

¿Cuál es su situación de vivienda? <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Alquiler con servicios de calefacción facturados por separado <input type="checkbox"/> Alquiler con gastos de calefacción incluidos en la tarifa de alquiler <input type="checkbox"/> Otro		¿Qué tipo de vivienda ocupa? <input type="checkbox"/> Unifamiliar <input type="checkbox"/> Bifamiliar <input type="checkbox"/> 3 a 5 Unidades <input type="checkbox"/> 6+ Unidades <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Unidad habitacional adicional <input type="checkbox"/> Otro	
¿Ha vivido en su residencia actual durante al menos un año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha utilizado el mismo proveedor de calefacción o compañía de servicios públicos durante al menos un año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
¿Está interesado en servicios de climatización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del arrendador, agente o compañía		Teléfono del arrendador, agente o compañía
Dirección del arrendador, agente o compañía		Ciudad	Estado
			Código postal

Sección 3 – INFORMACIÓN SOBRE LA ENERGÍA

Complete esta sección y adjunte la documentación (consulte la 'Lista de verificación para la solicitud' para obtener instrucciones) si está solicitando asistencia para energía. Proporcione el nombre de la compañía, el nombre de la cuenta y el número de cuenta si paga a un proveedor por calefacción y/o electricidad; de lo contrario, déjelo en blanco.

¿Cuál es su método para pagar la calefacción? <input type="checkbox"/> Calefacción incluida en el alquiler <input type="checkbox"/> Pago al proveedor		¿Cuál es su método para pagar la electricidad? <input type="checkbox"/> Electricidad incluida en el alquiler <input type="checkbox"/> Pago al proveedor	
¿Cuál es su principal fuente de calor? <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Otro		¿Su tanque de combustible se comparte con otro hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Nombre del proveedor de combustible para la fuente principal de calefacción o de la compañía de servicios públicos		Nombre en la cuenta de la fuente de calefacción principal	N° de cuenta
Nombre de la compañía eléctrica		Nombre en la cuenta	N° de cuenta

Sección 6 – INFORMACIÓN SOBRE LA CARGA ENERGÉTICA

Complete esta sección si está solicitando asistencia para energía. Nota: Si su calefacción está incluida en el alquiler, **no tiene que completar la Sección 6.**

Desconexión de calefacción	¿Tiene un aviso de desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está desconectado actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de desconexión
	¿Puede pagar a la compañía de calefacción para evitar la desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	¿Puede pagar a la compañía de calefacción para que restablezca sus servicios de calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
Desconexión de electricidad	¿Tiene un aviso de desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está desconectado actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de desconexión
	¿Puede pagar a la compañía eléctrica para evitar la desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	¿Puede pagar a la compañía eléctrica para que restablezca sus servicios eléctricos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	
¿Tiene actualmente menos de un cuarto de tanque de combustible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	¿Su sistema de calefacción está actualmente en funcionamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	¿Puede pagar para reparar o reemplazar su sistema de calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	

Sección 7 – DATOS FINANCIEROS DEL HOGAR

Complete la siguiente tabla y adjunte un comprobante de ingresos (consulte 'Lista de verificación para la solicitud' para obtener instrucciones). Nota: Si usted o alguien en su hogar actualmente recibe alguno de los beneficios enumerados en "Elegibilidad categórica" arriba (es decir, SNAP, TFA/TANF, SSI, Subsidio Estatal y/o Asistencia en Efectivo para Refugiados), automáticamente cumple con los requisitos de ingresos y **no tiene que completar la Sección 7.**

Tipo de ingreso	Fuente de ingresos	Miembro del hogar	Frecuencia de ingresos (por ejemplo, semanal, quincenal, mensual)	Monto de los ingresos
Empleo	Salarios de un trabajo			
	Salarios de un trabajo			
	Salarios de un trabajo			
Trabajo por cuenta propia	Salarios de trabajo por cuenta propia			
	Salarios de trabajo por cuenta propia			
	Compensación por desempleo			
Ingresos adicionales	Compensación por desempleo			
	Beneficios del Seguro Social / SSI			
	Beneficios del Seguro Social / SSI			
	Manutención de menores / Pensión alimentaria			
	Contribuciones de amigos / familiares			
	Jubilación / Pensiones / Anualidades			
	Ingresos por alquiler			
	Beneficios para veteranos			
	Compensación al trabajador / Seguro por discapacidad			
	Otro: _____			
	Otro: _____			

PARA COMPLETAR SU SOLICITUD, DEBE LEER Y FIRMAR LA CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Sección 8 – CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Usted debe leer y firmar esta sección para que se revise su solicitud y se determine su elegibilidad.

Certifico que he leído este formulario. Entiendo lo que hay en este formulario. Como solicitante de mi hogar, afirmo que todas las declaraciones hechas por mí en esta solicitud son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que solo los ciudadanos de los Estados Unidos o los extranjeros calificados pueden ser elegibles para recibir beneficios federales de asistencia para energía.

Estoy de acuerdo en proporcionar al Departamento de Servicios Sociales (DSS) y sus subcontratistas, las Agencias de Acción Comunitaria (CAA), toda la información necesaria para determinar la elegibilidad de mi hogar para el Programa de Asistencia para Energía de Connecticut (CEAP). Esto incluye salarios y facturas a mi nombre como líder de la familia o a nombre de un miembro de la familia que tenga dieciocho años de edad o más. Autorizo al DSS y a las CAA a proporcionar mi nombre, información de la cuenta de servicios públicos y estado de elegibilidad de CEAP a mi proveedor de calefacción y/o servicios públicos para fines de administración de estos programas y otros programas operados por las CAA o el Estado de Connecticut para los cuales puedo ser elegible. Acepto que la información que proporciono puede ser compartida con el Departamento de Energía y Protección Ambiental de Connecticut con el fin de determinar la elegibilidad para los servicios de climatización. Además, entiendo que la agencia de acción comunitaria o el Estado de Connecticut pueden verificar o confirmar cualquier información requerida para determinar mi elegibilidad para estos programas. Reconozco que esta información puede ser proporcionada a agencias gubernamentales federales y estatales o contratistas de programas, para fines de administración del programa. Acepto que mi proveedor de energía proporcione a los CAA o al estado de Connecticut información sobre mi consumo de energía. También entiendo que la información de esta solicitud puede ser utilizada en conjunto para evaluaciones y encuestas por parte de la CAA, el estado de Connecticut y las agencias gubernamentales federales y estatales.

Entiendo que si se me concede asistencia debido a un error intencional, tergiversación o fraude, debo reembolsar, en su totalidad, el monto de la asistencia proporcionada, y no seré elegible para recibir asistencia por el resto del año del programa y por los siguientes dos (2) años. También entiendo que si he dado a sabiendas información falsa o incorrecta, puedo estar sujeto a enjuiciamiento y sanciones por declaraciones falsas y hurto, como se especifica en §§ 53a-122, 53a-123 y 53a-157b de los Estatutos Generales de Connecticut. Estas penalidades pueden incluir el encarcelamiento. También puedo estar sujeto a enjuiciamiento y sanciones previstas por la ley federal.

He recibido una copia del formulario de Aviso de Derechos del Solicitante y Disponibilidad del Servicio.

Al firmar, acepto que:

- He leído este formulario o me lo han leído en un idioma que entiendo, y que debo cumplir con estas reglas.
- La verdadera información que doy es ra y completa, a mi leal saber y entender.
- Podría ir a prisión o tener que pagar multas si a sabiendas doy información incorrecta o incompleta; y
- DSS y otros funcionarios federales, estatales y locales pueden verificar (revisar) cualquier información que proporcione.

Escriba el nombre completo del solicitante del hogar

Firma del solicitante del hogar

Fecha

Designación de un representante autorizado. Usted puede designar a una persona para que le ayude con su formulario de solicitud y para que le ayude a obtener, usar o mantener sus beneficios. Si desea designar a una persona para que lo ayude, complete esta sección con el representante que elija.

Designo a la siguiente persona como persona responsable para que me ayude a solicitar la Asistencia para Energía y para que me ayude con todos los aspectos de esta solicitud y proceso de elegibilidad, lo que incluye informar los cambios y recibir avisos en mi nombre. Esta persona conoce mis circunstancias lo suficientemente bien como para responder preguntas y actuará en mi mejor interés.

Nombre del representante autorizado designado (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)

Número de teléfono

Dirección de la casa

Ciudad

Estado

Código postal

Escriba el nombre completo del solicitante

Firma del solicitante

Fecha

ACUERDO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO: Como Representante Autorizado, acepto (1) completar y enviar los formularios de solicitud y renovación; (2) recibir copias de avisos y otras comunicaciones del DSS y de la Agencia de Acción Comunitaria (CAA); y (3) actuar en nombre del solicitante en todos los asuntos con el DSS y la CAA. Acepto cumplir con todas estas responsabilidades en la misma medida que la persona a la que represento, y que puedo ser considerado responsable de la información incorrecta que proporcione al DSS o a la CAA mientras actúo como representante autorizado. También acepto mantener, o estar legalmente obligado a mantener, la confidencialidad de cualquier información que obtenga del DSS o de la CAA con respecto a la persona. Acepto actuar como representante autorizado hasta que el solicitante le diga al DSS o a la CAA, por escrito o verbalmente, que ya no quiere que lo haga, o hasta que yo le diga al DSS o la CAA, por escrito o verbalmente, que ya no quiero actuar como representante autorizado.

Solicite a cualquier representante autorizado que escriba su nombre en letra de imprenta, firme y feche a continuación.

Nombre completo del representante autorizado

Firma del representante autorizado

Fecha

Sección 8 – Solo para uso de la oficina. Esta sección será completada por la Agencia de Acción Comunitaria.

Revisor de la Agencia de Acción Comunitaria

Firma del revisor

Fecha