



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

Documentación necesaria para la solicitud

☐ **Solicitud de asistencia energética completada** (páginas 1 a 6 de este documento)

☐ **Documentación de servicios públicos:**
Presente una copia de su factura de calefacción más reciente (si solicita asistencia para calefacción), una factura de electricidad (si solicita asistencia para calefacción) o una copia de su contrato de arrendamiento que indique que los servicios públicos están incluidos en el alquiler.

Documentación de ingresos

Si usted o cualquier miembro de su hogar recibe actualmente el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), la Asistencia Familiar Temporal (TFA / TANF), el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), el Suplemento Estatal para Personas Mayores, Ciegas y con Discapacidad (State Supp), los beneficios para veteranos sujetos a evaluaciones de recursos y/o la asistencia en efectivo para refugiados, cumple automáticamente con el requisito de elegibilidad categórica, pero aún así deberá presentar comprobante de ingresos. (Nota: Los hogares que reciban SSI deben presentar documentación que demuestre el cobro de dicho beneficio.) Debe presentar lo siguiente **por cada miembro de su hogar**:

- ☐ **Ingresos por empleo:** Copia de los recibos de sueldo que muestren los ingresos de los últimos treinta (30) días o de cuatro (4) semanas consecutivas en cualquier momento de los últimos tres (3) meses, o una carta firmada por el departamento de nómina o el empleador en la que se indiquen los ingresos de ese período.
- ☐ **Ingresos por trabajo por cuenta propia:** Hoja de trabajo para trabajadores por cuenta propia completada (descargue en www.ct.gov/heatinghelp) y el Formulario 1040 del IRS presentado más recientemente, incluyendo todos los anexos.
- ☐ **Ingresos adicionales:** Carta(s) de adjudicación, un estado de cuenta bancario que muestre los depósitos directos por pensión alimenticia, manutención infantil o adopción, y/o declaración(es) firmada(s) de las personas que contribuyen a los ingresos. Consulte el documento adjunto «Aviso de derechos del solicitante» para obtener instrucciones detalladas.

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

- ☐ **Formulario de ingresos nulos:**
Llene este formulario si su hogar no ha tenido ingresos durante al menos las últimas cuatro (4) semanas.
- ☐ **Declaración jurada que certifica la falta de recepción de pagos de manutención infantil:**
Complete este formulario si en su hogar hay niños que tienen uno (1) o más padres que no tienen la custodia y que no están pagando la manutención infantil.
- ☐ **Certificación de discapacidad:**
Complete este formulario si usted o un miembro de su hogar es una persona con discapacidad que no recibe el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), el Suplemento Estatal para Personas de la Tercera Edad, Ciegos o Discapacitados, ni el Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI).

Entregue 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 en persona. Si tiene alguna pregunta, llame a su CAA local.

Para encontrar su CAA local, visite el sitio web www.ct.gov/heatinghelp o llame al 2-1-1

Sección 1 – Solicitante del hogar (Persona 1): Proporcione información sobre usted y su hogar.									
Identificación del solicitante de asistencia energética (debe completarla la agencia)				N.º de identificación del cliente del DSS (si se conoce)			Fecha de la solicitud (a completar por la agencia)		
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)						Número de Seguro Social			
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro ☐ Prefiero no responder			Idioma principal		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Dirección de correo electrónico		
Número de teléfono			Tipo de teléfono ☐ Domicilio ☐ Trabajo ☐ Celular		Número de teléfono alternativo			Tipo de teléfono ☐ Domicilio ☐ Trabajo ☐ Celular	
Dirección de su domicilio o del servicio, n.º de departamento					Ciudad		Estado		Código postal
Dirección postal (si es diferente de la dirección del domicilio)					Ciudad		Estado		Código postal
¿Usted o alguna otra persona de su hogar necesita adaptaciones razonables o ayuda adicional para recibir los beneficios debido a una discapacidad o impedimento? ☐ Sí ☐ No					En caso afirmativo, describa la afección y la ayuda que necesita:				
Número de personas en el hogar:			Número de personas con discapacidad en el hogar:			Servicio militar: ☐ Veterano ☐ En servicio activo ☐ Ninguno			
Raza	☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico								
	☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ De Oriente Medio o del norte de África ☐ Otro (especifique):								
Etnicidad	☐ Prefiero no responder								
Elegibilidad categórica	¿Se identifica usted como hispano, latinx o de origen español? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder								
	Marque si recibe: ☐ Asistencia en efectivo para refugiados ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) ☐ Suplemento estatal para personas de la tercera edad, ciegas y con discapacidad (State Supp) ☐ Asistencia familiar temporal (TFA/TANF) ☐ Beneficios para veteranos sujetos a evaluaciones de recursos								
Estatus como estudiante	☐ No es estudiante ☐ Estudiante de tiempo completo ☐ Estudiante a tiempo parcial				¿Último grado o nivel educativo completado, incluida la formación profesional?				
Estatus laboral	☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Trabajador agrícola migrante ☐ Desempleado (<6 meses)								
	☐ Desempleado (6 o más meses) ☐ Desempleado (fuera de la fuerza laboral) ☐ Jubilado								

Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 2) Proporcione información sobre este miembro de su hogar.									
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)						Número de Seguro Social			
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro ☐ Prefiero no responder			Idioma principal		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Dirección de correo electrónico		
¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?					Servicio militar: ☐ Veterano ☐ En servicio activo ☐ Ninguno				
Raza	☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/afroamericano o ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico								
	☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ De Oriente Medio o del norte de África ☐ Otro (especifique):								
Etnicidad	☐ Prefiero no responder								
Elegibilidad categórica	¿Se identifica usted como hispano, latinx o de origen español? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder								
	Marque si recibe: ☐ Asistencia en efectivo para refugiados ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) ☐ Suplemento estatal para personas de la tercera edad, ciegas y con discapacidad (State Supp) ☐ Asistencia Familiar Temporal (TFA/TANF) ☐ Beneficios para veteranos sujetos a evaluaciones de recursos								
Estatus como estudiante	☐ No es estudiante ☐ Estudiante de tiempo completo ☐ Estudiante a tiempo parcial				¿Último grado o nivel educativo completado, incluida la formación profesional?				
Estatus laboral	☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Trabajador agrícola migrante ☐ Desempleado (<6 meses)								
	☐ Desempleado (6 o más meses) ☐ Desempleado (fuera de la fuerza laboral) ☐ Jubilado								

Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 3) Proporcione información sobre este miembro de su hogar.				
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Número de Seguro Social	
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro ☐ Prefiero no responder	Idioma principal	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Dirección de correo electrónico	
¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?		Servicio militar: ☐ Veterano ☐ En servicio activo ☐ Ninguno		
Raza	☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/afroamericano o ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ De Oriente Medio o del norte de África ☐ Otro (especifique): ☐ Prefiero no responder			
Etnicidad	¿Se identifica usted como hispano, latinx o de origen español? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder			
Elegibilidad categórica	Marque si recibe: ☐ Asistencia en efectivo para refugiados ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) ☐ Suplemento estatal para personas de la tercera edad, ciegas y con discapacidad (State Supp) ☐ Asistencia familiar temporal (TFA/TANF) ☐ Beneficios para veteranos sujetos a evaluaciones de recursos			
Estatus como estudiante	☐ No es estudiante ☐ Estudiante de tiempo completo ☐ Estudiante a tiempo parcial		¿Último grado o nivel educativo completado, incluida la formación profesional?	
Estatus laboral	☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Trabajador agrícola migrante ☐ Desempleado (<6 meses) ☐ Desempleado (más de 6 meses) ☐ Desempleado (fuera de la fuerza laboral) ☐ Jubilado			

Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 4) Cuéntenos sobre este miembro de su hogar.				
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Número de Seguro Social	
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro ☐ Prefiero no responder	Idioma principal	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Dirección de correo electrónico	
¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?		Servicio militar: ☐ Veterano ☐ En servicio activo ☐ Ninguno		
Raza	☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ De Oriente Medio o del norte de África ☐ Otro (especifique): ☐ Prefiero no responder			
Etnicidad	¿Se identifica usted como hispano, latinx o de origen español? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder			
Elegibilidad categórica	Marque si recibe: ☐ Asistencia en efectivo para refugiados ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) ☐ Suplemento estatal para personas mayores, ciegas y discapacitadas (State Supp) ☐ Asistencia familiar temporal (TFA/TANF) ☐ Beneficios para veteranos sujetos a evaluaciones de recursos			
Estatus como estudiante	☐ No es estudiante ☐ Estudiante de tiempo completo ☐ Estudiante a tiempo parcial		¿Último grado o nivel educativo completado, incluida la formación profesional?	
Estatus laboral	☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Trabajador agrícola migrante ☐ Desempleado (<6 meses) ☐ Desempleado (más de 6 meses) ☐ Desempleado (fuera de la fuerza laboral) ☐ Jubilado			

Sección 1 – Miembro del hogar (Persona 5) Proporcionenos información sobre este miembro de su hogar.				
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Número de Seguro Social	
Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro ☐ Prefiero no responder	Idioma principal	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Dirección de correo electrónico	
¿Cuál es la relación de esta persona con el solicitante?		Servicio militar: ☐ Veterano ☐ En servicio activo ☐ Ninguno		
Raza	☐ Indígena estadounidense/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/afroamericano ☐ Nativo de Hawái/otro isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ De Oriente Medio o del norte de África ☐ Otro (especifique): ☐ Prefiero no responder			
Etnicidad	¿Se identifica usted como hispano, latinx o de origen español? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder			
Elegibilidad categórica	Marque si recibe: ☐ Asistencia en efectivo para refugiados ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) ☐ Suplemento estatal para personas mayores, ciegas y discapacitadas (State Supp) ☐ Asistencia familiar temporal (TFA/TANF) ☐ Beneficios para veteranos sujetos a evaluaciones de recursos			
Estatus como estudiante	☐ No es estudiante ☐ Estudiante de tiempo completo ☐ Estudiante a tiempo parcial		¿Cuál es el último grado o nivel educativo que ha completado, incluida la formación profesional?	
Estatus laboral	☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Trabajador agrícola migrante ☐ Desempleado (<6 meses) ☐ Desempleado (más de 6 meses) ☐ Desempleado (fuera de la fuerza laboral) ☐ Jubilado			

Si necesita agregar a otras personas que vivan en su hogar, adjunte una hoja de papel por separado con su información junto con este formulario

Sección 2 – INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

Complete esta sección si está solicitando asistencia para el pago de la cuenta de energía. Solo los inquilinos deben completar los campos correspondientes al arrendador.

¿Cuál es su situación de vivienda? ☐ Propietario ☐ Inquilino con gastos de calefacción facturados por separado ☐ Inquilino con gastos de calefacción incluidos en el alquiler ☐ Otro		¿En qué tipo de vivienda vive? ☐ Unifamiliar ☐ Bifamiliar ☐ De 3 a 5 unidades ☐ 6 o más unidades ☐ Casa móvil ☐ Departamento anexo ☐ Otro	
¿Ha vivido en su residencia actual durante al menos un año? ☐ Sí ☐ No		¿Ha utilizado el mismo proveedor de calefacción o la misma compañía de servicios públicos durante al menos un año? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A	
¿Le interesan los servicios de climatización? ☐ Sí ☐ No	Nombre del arrendador, del agente o de la compañía		Teléfono del arrendador, agente o compañía
Dirección del arrendador, agente o compañía		Ciudad	Estado
			Código postal

Sección 3 – INFORMACIÓN ENERGÉTICA

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

¿Cuál es su forma de pago por la calefacción? ☐ Calefacción incluida en el alquiler ☐ Pago al proveedor		¿Cuál es su forma de pago de la electricidad? ☐ La electricidad está incluida en el alquiler ☐ Pago al proveedor	
¿Cuál es su fuente principal de calefacción? ☐ Aceite ☐ Gas natural ☐ Propano ☐ Electricidad ☐ Carbón ☐ Leña ☐ Queroseno ☐ Otro		¿Comparte su tanque de combustible con otro hogar? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica	
Nombre del proveedor de combustible o de la compañía de servicios públicos de la fuente de calefacción principal	Nombre que figura en la cuenta de calefacción principal		N.º de cuenta
Nombre de la compañía de electricidad	Nombre del titular de la cuenta		N.º de cuenta

Sección 4 – INFORMACIÓN SOBRE LA CARGA ENERGÉTICA

Complete esta sección si está solicitando asistencia para el pago de la energía. Nota: Si la calefacción está incluida en el alquiler, **no es necesario que complete la Sección 4.**

Desconexión de calefacción	¿Ha recibido un aviso de desconexión? ☐ Sí ☐ No	¿Se encuentra actualmente sin servicio? ☐ Sí ☐ No	Fecha de desconexión
	¿Puede pagar a la compañía de calefacción para evitar la desconexión? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A		¿Puede pagar a la compañía de calefacción para que restablezca sus servicios de calefacción? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Desconexión de electricidad	¿Ha recibido un aviso de desconexión? ☐ Sí ☐ No	¿Se encuentra actualmente sin servicio? ☐ Sí ☐ No	Fecha de desconexión
	¿Puede pagar a la compañía de electricidad para evitar la desconexión? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A		¿Puede pagar a la compañía de electricidad para que restablezca su servicio eléctrico? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A
¿Tiene actualmente menos de un cuarto del tanque de combustible? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A	¿Funciona actualmente su sistema de calefacción? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A		¿Puede pagar para reparar o reemplazar su sistema de calefacción? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Sección 5 – DATOS FINANCIEROS DEL HOGAR

Complete la tabla a continuación y adjunte un comprobante de ingresos (consulte la ‘Lista de verificación de la solicitud’ para obtener instrucciones). Nota: Si usted o cualquier miembro de su hogar recibe actualmente alguno de los beneficios indicados anteriormente en la sección ‘Elegibilidad categórica’ (es decir, SNAP, TFA/TANF, SSI, apoyo estatal y/o asistencia en efectivo para refugiados), cumple automáticamente con los requisitos de ingresos y **no es necesario que complete la Sección 5.**

Tipo de ingresos		Miembro del hogar	Frecuencia de los ingresos (p. ej., semanal, quincenal, mensual)	Cantidad de los ingresos
	Fuente de ingresos			
Empleo	Salarios de un empleo			
	Salarios de un empleo			
	Salarios de un empleo			
Trabajo por cuenta propia	Salarios por trabajo por cuenta propia			
	Salarios por trabajo por cuenta propia			
Ingresos adicionales	Compensación por desempleo			
	Compensación por desempleo			
	Beneficios del Seguro Social / SSI			
	Beneficios del Seguro Social / SSI			
	Manutención infantil / Pensión alimenticia			
	Aportaciones de amigos y familiares			
	Jubilación / Pensiones / A anualidades			
	Ingresos por alquiler			
	Beneficios para veteranos			
	Indemnización por accidente laboral / Seguro por discapacidad			
	Otro: _____			
	Otro: _____			

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

Sección 6 – CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

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

Certifico que he leído este formulario. Entiendo su contenido. Como solicitante en nombre de mi hogar, afirmo que todas las declaraciones que he realizado en esta solicitud son verdaderas, correctas y completas, según mi leal saber y entender. Entiendo que solo los ciudadanos de los Estados Unidos o los extranjeros que reúnan los requisitos pueden ser elegibles para recibir beneficios de asistencia energética federal.

Acepto proporcionar al Departamento de Servicios Sociales (DSS) y a sus subcontratistas, las Agencias de Acción Comunitaria (CAA), toda la información necesaria para determinar la elegibilidad de mi hogar para el Programa de Asistencia Energética de Connecticut (CEAP). Esto incluye los salarios y las facturas a mi nombre como cabeza de familia o a nombre de un miembro del hogar que tenga dieciocho (18) años de edad o más. Autorizo al DSS y a las CAA a proporcionar mi nombre, la información de mi cuenta de servicios públicos y mi estado de elegibilidad para el CEAP a mi proveedor de calefacción y/o servicios públicos, con el fin de administrar estos programas y otros programas operados por las CAA o por el Estado de Connecticut para los cuales yo pueda ser elegible. Acepto que la información que proporcione pueda compartirse con el Departamento de Energía y Protección Ambiental de Connecticut con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir servicios de climatización. Entiendo además que las CAAs o el Estado de Connecticut pueden verificar o confirmar cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para estos programas. Reconozco que esta información puede ser proporcionada a agencias gubernamentales federales y estatales o a contratistas de los programas, con fines de administración de los mismos. Acepto que mi proveedor de energía proporcione a las CAA o al Estado de Connecticut información sobre mi consumo de energía. Asimismo, entiendo que la información contenida en esta solicitud podrá utilizarse de manera agregada para evaluaciones y encuestas realizadas por las CAA, el Estado de Connecticut y otras agencias gubernamentales federales y estatales.

Entiendo que, si se me otorga asistencia debido a un error intencional, una declaración falsa o un fraude, debo reembolsar, en su totalidad, el monto de la asistencia proporcionada, y no seré elegible para recibir asistencia durante el resto del año del programa ni durante los dos (2) años siguientes. Asimismo, entiendo que, si he proporcionado a sabiendas información falsa o incorrecta, puedo ser objeto de acciones legales y sanciones por declaraciones falsas y hurto, según lo especificado en los artículos 53a-122, 53a-123 y 53a-157b de los Estatutos Generales de Connecticut. Estas sanciones pueden incluir la prisión. También puedo ser objeto de acciones legales y sanciones previstas en la ley federal.

He recibido una copia del formulario de Aviso sobre los derechos del solicitante y la disponibilidad del servicio.

Al firmar, acepto que:

- ! He leído este formulario o me lo han leído en un idioma que comprendo, y reconozco que debo cumplir con estas normas.
- ! La información que proporcione es verdadera y completa, según mi leal saber y entender.
- ! Podría ir a prisión o verme obligado a pagar multas si proporcione información falsa o incompleta a sabiendas; y
- ! El DSS y otros funcionarios federales, estatales y locales pueden verificar (comprobar) cualquier información que yo proporcione.

Escriba en letra de imprenta el nombre completo del solicitante del hogar	Firma del solicitante del hogar	Fecha
---	---------------------------------	-------

Designación de un representante autorizado. Puede designar a una persona para que le ayude a completar su formulario de solicitud y a obtener, utilizar o conservar sus beneficios. Si desea designar a una persona para que le ayude, complete esta sección junto con el representante que haya elegido.

Designo a la siguiente persona como mi representante para que me ayude a presentar la solicitud de Asistencia Energética y me brinde apoyo en todos los aspectos de este proceso de solicitud y elegibilidad, lo cual incluye informar sobre cualquier cambio y recibir notificaciones 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 (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)			Número de teléfono
Dirección particular	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre completo del solicitante en letra de imprenta	Firma del solicitante		Fecha

ACUERDO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO: En mi calidad de representante autorizado, me comprometo a (1) completar y presentar los formularios de solicitud y renovación; (2) recibir copias de los 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 relacionados con el DSS y la CAA. Me comprometo a cumplir con todas estas responsabilidades en la misma medida que la persona a la que represento, y que puedo ser considerado responsable por cualquier información errónea que proporcione al DSS o a la CAA en mi calidad de representante autorizado. Asimismo, acepto mantener, o estar legalmente obligado a mantener, la confidencialidad de cualquier información que reciba del DSS o de la CAA con respecto a dicha persona. Acepto actuar como representante autorizado hasta que el solicitante le comunique al DSS o a la CAA, por escrito o verbalmente, que ya no desea que yo lo haga, o hasta que yo se lo comunique al DSS o a la CAA, por escrito o verbalmente, que ya no deseo seguir actuando como representante autorizado.

Si hay algún representante autorizado, debe escribir su nombre en letra de imprenta, firmar y poner la fecha a continuación.

Nombre completo del representante autorizado	Firma del representante autorizado	Fecha
--	------------------------------------	-------

Sección 7 – Solo para uso interno. Esta sección será completada por la Agencia de Acción Comunitaria.

Revisor de la Agencia de Acción Comunitaria	Firma del revisor	Fecha
---	-------------------	-------