



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE MARYLAND
OFICINA DE PROGRAMAS DE ENERGÍA DOMÉSTICA
SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ENERGÍA

POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN. Asegúrese de llenar toda la información de forma clara y completa. Tenga en cuenta que: Para poder optar a las subvenciones de electricidad, la factura debe estar a nombre del solicitante.

Nombre

Número de Teléfono ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Amigo/Pariente Principal

Dirección Postal

Número de Teléfono ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Amigo/Pariente Alternativo

Ciudad, Estado, Código Postal

Dirección (Si es diferente de su dirección postal o si se ha cambiado de casa)

Dirección de Correo Electrónico

Número de Seguro Social

1. CONVENIOS DE VIVIENDA

¿Reside usted en un:

☐ Apartamento o Multifamiliar ☐ Casa Doble, Casa en Hilera o Casa Adosada ☐ Casa de una Familia ☐ Casa Móvil

¿Es un (márque uno):

☐ Propietario de Casa ☐ Inquilino ☐ Huésped/Pensionista

*Si alquila:

¿Se reduce su renta mediante la ayuda de HUD o Vivienda Subsidiada (Sección 8)? ☐ Sí* ☐ No

*Si respondió afirmativamente a esta pregunta, ¿recibe un subsidio de Servicio Público? ☐ Sí ☐ No

2. SOLO PARA INQUILINOS

Esta su calefacción incluida en la renta? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Propietario/Complejo de Apartamentos: _____

Dirección Postal del Propietario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono del Propietario: (____) _____ Correo Electrónico: _____

3. INFORMACIÓN DE LA CRISIS

☐ Mi electricidad ha sido desconectada.

☐ He recibido un aviso de que mi electricidad será desconectada.

☐ No tengo combustible para la calefacción.

☐ Tengo menos de 3 días de combustible para calefacción.

☐ Mi calefacción esta dañada.

☐ Mi tanque ha sido removido.

☐ He recibido un aviso de desalojo (si usted tiene un aviso de desalojo, puede ser referido a otro programa).

☐ La pérdida de servicio de electricidad/gas agravará una enfermedad seria existente o impedirá el uso de equipo de soporte vital. (se requiere la Certificación del Médico).

4. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA - Llene todos los espacios a continuación de TODOS los miembros del hogar, incluso si no están relacionados con usted o ayudan financieramente.

Total de Personas en el Hogar: _____

Total de personas de 18 años o mayores: _____

Utilice las siguientes opciones para "Raza Étnica":

- 1. Negro o Americano-Africano
- 2. Blanco
- 3. Hispano
- 4. Asiático, Hawaiano o de la Isla Pacífica
- 5. Indio Americano o Nativo de Alaska
- 6. Multiracial
- 7. Otro

Para cada persona, en la tabla a continuación, enumere todas las fuentes de ingreso recibidas en los últimos 30 días. Para obtener ejemplos de ingresos, consulte las instrucciones de la aplicación.

PRIMER NOMBRE & APELLIDO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NAC M/D/AÑO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	SEXO M/F	CÓDIGO DE RAZA ÉTNICA	CIUDADANO AMERICANO (SÍ/NO)	DISCAPAC- ITADO (SÍ/NO)	FUENTES DE INGRESOS	CANTIDAD BRUTA DE 30 DÍAS
1.		/ /	SOLICITANTE						
2.		/ /							
3.		/ /							
4.		/ /							
5.		/ /							
6.		/ /							
7.		/ /							
8.		/ /							

Si hay más personas que viven en el hogar, por favor enumérelas en una hoja separada.

5. SUBSIDIO DE ELÉCTRICIDAD - Programa de Servicio Universal de Electricidad (EUSP, siglas en Inglés)

- ☐ Quiero solicitar el EUSP. Entiendo que estaré inscrito en la facturación presupuestaria durante 12 meses para recibir un beneficio de EUSP. Entiendo que la factura de electricidad debe estar a mi nombre para calificar en el EUSP.
- ☐ No quiero solicitar el EUSP y entiendo que no recibiré un beneficio por mis costos de electricidad. (Continúe en la sección 6)

Mi compañía de electricidad es: _____ Nombre en la cuenta: _____

Número de Cuenta: _____ Aviso de Desconexión: ☐ Sí ☐ NO Mi servicio está desconectado: ☐ Sí ☐ NO

6. SUBSIDIO DE CALEFACCIÓN - Programa de Asistencia de Energía de Maryland (MEAP, siglas en Inglés)

- ☐ Quiero solicitar un subsidio de MEAP. La factura de la calefacción no necesita estar a mi nombre para calificar.
- ☐ No quiero solicitar el MEAP. (Continúe en la sección 8)

MÁRQUE UNA CASILLA A CONTINUACIÓN PARA INDICAR LA FUENTE PRINCIPAL DE CALEFACCIÓN DE SU CASA:

☐ Electricidad ☐ Gas Utilitario ☐ Propano ☐ Aceite ☐ Queroseno ☐ Carbón ☐ Madera ☐ Perdigón

Mi proveedor de calefacción o combustible es: _____ Nombre en la cuenta: _____

Número de la Cuenta: _____ Aviso de Desconexión: ☐ Sí ☐ NO Mi servicio está desconectado: ☐ Sí ☐ NO

7. PREVENGA LA DESCONEXIÓN CON EL PAGO REGULAR - Programa de Protección del Servicio de Utilidades (USPP, siglas en Inglés)

USPP me ayuda a prevenir una desconexión mientras continuo haciendo el pago mensual mínimo requerido por mi proveedor de servicios públicos. Todos los clientes elegibles de MEAP pueden participar en USPP. La participación, también, requiere 12 meses de facturación presupuestaria. La facturación presupuestaria extiende sus facturas de servicios públicos anuales incluso en pagos mensuales. El incumplimiento de hacer pagos consecutivos puede resultar en que me eliminen del USPP. Entiendo que no tengo que participar en USPP para recibir beneficios de MEAP y no pagarán dinero a mi cuenta a través de USPP.

- ☐ Quiero registrarme en el USPP.

8. FACTURAS DE ELECTRICIDAD VENCIDAS - Asistencia para Pagos Atrasados (ARA, siglas en Inglés)

Tengo una factura de electricidad vencida y me gustaría recibir un subsidio por Atraso para ayudarme a pagar el saldo. Debo tener un saldo vencido de luz de por lo menos \$300 para ser considerado para la concesión y puedo recibir hasta \$2,000 por mis cuentas atrasadas vencidas. Este subsidio sólo está disponible una vez cada siete años, aunque, pueden aplicarse ciertas excepciones a esta regla. Los subsidios por atrasos son además de los beneficios de electricidad que los solicitantes pueden recibir cada año a través del programa de la EUSP. Debo inscribirme en la facturación del presupuesto para calificar para un subsidio de atraso.

- ☐ Quiero solicitar y ser evaluado para un subsidio de atrasos y entiendo que, si recibo éste beneficio, puedo no ser elegible para otro subsidio por retraso por otros siete años.

9. SUBSIDIO ADICIONAL DE ELÉCTRICIDAD - Programa Suplementario de Energía Directa (STEP, siglas en Inglés)

Estoy interesado en tomar medidas para reducir mi factura de energía a través de STEP. Si califico para participar en STEP, estoy de acuerdo en completar talleres educativos enfocados en bajar y mantener mi factura de energía, así, como darle seguimiento con referencias a otros servicios que puedan ayudarme a pagar mis costos mensuales de energía. Recibiré un subsidio adicional pagado a mi proveedor de servicios públicos cuando complete los diferentes requisitos del programa. Entiendo que la elegibilidad de STEP se basa en un cálculo de mi gasto de energía e ingreso familiar. Debo recibir EUSP e inscribirme en la facturación del presupuesto para calificar para STEP. Entiendo que STEP puede no estar disponible en este momento en el condado donde yo resido.

- ☐ Quiero solicitar por el Programa Suplementario de Energía Directa (STEP).

10. EFICIENCIA DE ENERGÍA PARA SU HOGAR - DHCD (siglas en Inglés) Programas de Eficiencia de Energía

Estoy interesado en hacer mejoras en la eficiencia de energía en mi hogar. Esto puede ayudarme a reducir mi consumo total de servicios públicos y ayudar a reducir mis facturas de servicios públicos mientras se crea un ambiente hogareño más saludable. Favor de referirme a los programas de eficiencia de energía proporcionados por el Departamento de Vivienda y desarrollo Comunitario de Maryland (DHCD siglas en Inglés). Las mejoras en la eficiencia de energía, como el horno limpio y sintonizado, el aislamiento añadido de bombillas de bajo consumo de luz se ofrecen sin costo adicional para los residentes de Maryland que cumplen con los requisitos de ingreso. Entiendo que no necesito participar en los programas de eficiencia de energía de DHCD para recibir los beneficios de OHEP.

- ☐ SI. Quiero recibir mejoras en la eficiencia de energía. Entiendo que mi información de la solicitud será referida a DHCD y doy mi permiso a DHCD para acceder a mis datos de consumo de servicios públicos a través de mi(s) proveedor(es) de servicios públicos para determinar las mejoras de eficiencia de energía para las que pueda ser elegible.

11. RECONOCIMIENTO & FIRMA - Usted o su representante deben firmar esta solicitud antes de enviarla.

Juro o afirmo bajo la pena de perjurio que toda la información que dí a la Oficina de Programas de Energía Doméstica (OHEP) en esta Solicitud de Asistencia de Energía es verdadera, correcta y completa a lo mejor de mi capacidad, creencia y conocimiento. Yo soy el representante de las personas del hogar identificados en esta solicitud y yo presento esta solicitud en nombre mío y de los demás miembros del hogar. Autorizo a OHEP y/o a la Oficina del Inspector General (OIG) a investigar y confirmar la exactitud e integridad de todos los ingresos del hogar y otra información proporcionada con esta solicitud, incluyendo, pero no limitado a, los ingresos.

Consiento en permitir que mi compañía de gas, electricidad, petrolera o cualquier otro proveedor de energía suministre la información relevante de la cuenta al OHEP y que OHEP se comuniquen con dichos proveedores con respecto a esta solicitud. Permito que OHEP libere e intercambie información relevante con otras agencias para hacer referencias apropiadas a servicios que pueden ayudarme a bajar mi factura de energía o ayudarme a pagar mejor mis costos de energía. Consiento que mi información se introduzca en otras bases de datos seguras para el seguimiento de los servicios, la información estadística y la evaluación del programa.

Entiendo que al marcar "SI" a la pregunta # 10, OHEP remitirá toda la información necesaria de mi solicitud a los programas de eficiencia de energía de DHCD. También doy mi permiso a DHCD para acceder a mis datos de consumo de servicios públicos a través de mi (s) proveedor (es) de servicios públicos a fin de determinar las mejoras de eficiencia energética para las que pueda ser elegible. Entiendo que si decido participar en cualquiera de los programas de eficiencia de energía en una fecha posterior, esta aplicación es mi autorización para que los programas accedan a mis datos de consumo de servicios públicos.

Se puede presentar una apelación para cambiar la decisión en esta solicitud o si la ayuda no se da en un tiempo razonable. La apelación debe presentarse dentro de los 30 días de la decisión. La agencia local me dirá cómo presentarla. Puede obtener asesoría legal gratuita a través de la Oficina de Asistencia Legal llamando al número gratuito 1-800-999-8904. Maryland tiene una ley de fraude que se aplicará vigorosamente para declaraciones falsas intencionales de la información contenida en esta solicitud. El castigo puede ocurrir por no decir la verdad cuando se solicita ayuda para pagar los costos de energía en el hogar. Si una persona del hogar intencionalmente falsifica la información, esa persona puede ser descalificada del programa por un tiempo determinado.



Firma del Solicitante

Fecha

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA:

COUNTY	CENTER	DATE RECEIVED	# IN HH	SUB/HUD ☐ YES ☐ NO	TOTAL HH INCOME
APPLICANT SCREENED FOR ARREARAGE ☐ YES ☐ NO	APPLICANT QUALIFIES AND DOCUMENTATION IS IN FILE ☐ YES ☐ NO	APPLICANT DOES NOT QUALIFY BECAUSE: ☐ ALREADY RECEIVED IN 7 YEAR PERIOD ☐ ARREARAGE BELOW \$300			
WORKER'S COMMENTS					
	MEAP	EUSP BILL ASSISTANCE	ARREARAGE	POVERTY LEVEL	
ANNUAL USAGE					
BENEFIT AMOUNT					
WORKER SIGNATURE	DATE	CERTIFIER SIGNATURE			DATE

*Si no hay uso, indique el tipo de combustible o si el calor es sub-medido.