

Prairie Five Community Action Council, Inc.  
 719 North 7th Street, Suite 302  
 P. O. Box 159  
 Montevideo, MN 56265

Tel: 320.269.6578  
 Toll: 800.292.5437  
 TTD: 320.269.6988  
 Fax: 844.273.2097

<b>For office use only</b>
HH: _____
Referral <input type="checkbox"/> _____
Rep#: _____
Grant amount: _____

Favor de usar tinta negra para completar esta aplicación. No usar marcadores en los documentos que envíe

2018-2019 SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ENERGÍA DE MINNESOTA



Antes de completar esta solicitud, lea cuidadosamente las hojas adjuntas: "Sus Derechos y Responsabilidades" y las Instrucciones.

**Parte 1. Información Personal –Verifique que toda la información pre-impresada este correcta. Corrija lo necesario.**

<b>Su Número de Seguro Social:</b>	Se requiere la revelación del Número de Seguro Social del solicitante principal. Si usted no proporciona su número de seguro social verificable, su solicitud no podrá ser procesada. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) del Acto de Seguro Social, 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i) USO: El Estado usara los Números de Seguro Social en la administración de LIHEAP para verificar la información proveída en la solicitud, para prevenir, detectar y corregir fraude, perdida y abuso, y con el propósito de responder a peticiones de información de programas de agencias fundadas a través de becas estatales para la asistencia temporal a familias en necesidad.
------------------------------------	---

<b>Su Nombre:</b>	MM - DD - YYYY		
.....	.....		
Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento

<b>Dirección de su hogar:</b>				
.....				
Calle	No. Apto	Ciudad	Estado	Código Postal

<b>Dirección a donde se debe enviar su correspondencia (si es diferente a la de su residencia):</b>				
.....				
Calle o Apartado Postal	No. Apto	Ciudad	Estado	Código Postal

<b>Condado:</b>	<b>Municipio:</b>
.....	.....

<b>Teléfono de Casa:</b> (.....).....	<b>Otro Teléfono:</b> (.....).....	<b>Dirección de Correo Electrónico:</b> .....
--	---------------------------------------	--

**Para contactarme por escrito, yo prefiero:**  Correo electrónico  US Mail (Carta por correo)

**Idioma principal que se habla en su hogar:** .....

**Representante Autorizado:** Si usted completa esta sección, el "Representante Autorizado" tiene permiso de actuar como usted. Si usted incluye su dirección aquí debajo, esta persona recibirá toda la correspondencia del programa en vez de usted.

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Si a usted le gustaría que el Representante Autorizado reciba su correspondencia en favor de usted, agregue la dirección.**

.....

Calle o Apartado Postal No. Apto Ciudad Estado Código Postal

**USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD EN LA PARTE INFERIOR DE LA ÚLTIMA PAGINA**

## Parte 2. Información del Hogar

COMENZANDO CON USTED, ENLISTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

Primer Nombre, Inicial y Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	Raza	Hispano S/N	Sexo M/F	Dis-capacidad S/ N	Años de Escuela (Adulto)	Vetera no S/N	Tiene Ingreso S/N
1. (usted)	(requerido)	- -							
2.		- -							
3.		- -							
4.		- -							
5.		- -							
6.		- -							
7.		- -							

**Si es necesario, anexe una hoja con la información de cualquier miembro adicional.**

**Raza:** A = Asiático B = Negro o Africano-Americano I = Indio Americano o Nativo de Alaska

P = Nativo de Hawái o de otro lugar del Pacífico W = Blanco o Caucásico M = Raza múltiple O = Otro

¿Hay algún miembro del hogar que actualmente es empleado o es miembro de la mesa directiva de este Proveedor de Servicio EAP local?  Sí  No

¿Cuántas personas en su hogar NO tienen seguro médico? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas en su hogar tuvieron ingresos en los pasados 3 meses? \_\_\_\_\_

**FUENTES DE INGRESO Y OTRA ASISTENCIA** (Marque todas las casillas que apliquen a su hogar y ENVIE COMPROBANTES)

<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia/Ingreso de Granja* Fecha que empezó su negocio: ...../..... <input type="checkbox"/> Ingreso de Rentas/Bienes Raíces <input type="checkbox"/> Compensación de Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador <input type="checkbox"/> Ingreso por Interés o Dividendos <input type="checkbox"/> Interés por Escritura Hipotecaria <input type="checkbox"/> Trabajo Diversionario (DWP) <input type="checkbox"/> Beneficios de Veterano	<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad Social (SSI) <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguridad Social (SSDI, RSDI, SSA) <input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación, Incluyendo IRA (Jubilación de Retiro Individual) <input type="checkbox"/> Pensión/Anualidad (trimestral y anual) <input type="checkbox"/> Pagos de Per Cápita <input type="checkbox"/> Bonos de tribu o compensaciones tribales <input type="checkbox"/> Discapacidad temporal/permanente <input type="checkbox"/> Programa de Beneficios Familiares de Minnesota(MFIP) <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) <input type="checkbox"/> Manutención Conyugal	<input type="checkbox"/> Otros ingresos no indicados: ..... <b>No se requiere prueba de ingresos para los siguientes:</b> <input type="checkbox"/> Soporte Infantil \$.....(Mensual) <input type="checkbox"/> Asistencia de Comida <input type="checkbox"/> Crédito de Ingreso ganado <input type="checkbox"/> No Ingresos (Favor de llamarnos a 320.269.6578)		
ENVIE COMPROBANTES DE TODOS LOS INGRESOS de todas las personas en su hogar durante los últimos 3 meses completos. <b>Envíe copias, no regresaremos los originales.</b> Salario de niños de K-12 no se cuentan como ingreso.	<b>Si firma la solicitud en:</b>	<b>Envíe comprobantes de ingresos brutos para los meses de:</b>	<b>Para EAP, los ingresos de su hogar no pueden ser mas de estas guías de ingreso durante los 3 meses:</b>	
Si es trabajador independiente mande las primeras dos páginas de su Declaración de Impuestos Federales IRS-1040. Contacte a su Proveedor de Servicio Local de EAP si no ha <b>de mayo de 2019</b>	Agosto 2018	Mayo, Junio, Julio 2018	<b>Tamaño</b>	<b>Ingreso</b>
	Sept 2018	Junio, Julio, Agosto 2018	<b>1</b>	\$6,495
	Oct 2018	Julio, Agosto, Sept 2018	<b>2</b>	\$8,494
	Nov 2018	Agosto, Sept, Oct 2018	<b>3</b>	\$10,493
	Dic 2018	Sept, Oct, Nov 2018	<b>4</b>	\$12,492
	Enero 2019	Oct, Nov, Dic 2018	<b>5</b>	\$14,490
	Feb 2019	Nov, Dic 2018, Ene 2019	<b>6</b>	\$16,489
	Mar 2019	Dic 2018, Ene, Feb 2019	<b>7</b>	\$16,864
	Abril 2019	Ene, Feb, Marzo, 2019	<b>8</b>	\$17,239
Mayo 2019	Feb, Marzo, Abril 2019	<b>9</b>	\$17,613	

### Parte 3. Información de Vivienda

<b>Tipo de Vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento /Condominio <input type="checkbox"/> Townhouse <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Dúplex <input type="checkbox"/> Triplex <input type="checkbox"/> Cuádruplex <input type="checkbox"/> Otro  ..... ¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo en su hogar? .....Años .....Meses	¿Paga usted renta o hipoteca al mes? En caso afirmativo, ¿Cuánto? \$ _____ (necesario) <hr/> <b>Inquilinos:</b> ¿Recibe un subsidio o vive en un hogar subvencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la renta: ¿está incluida la calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está incluida la electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del Propietario: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ <hr/> <b>Propietarios de vivienda:</b> ¿Es dueño o está en proceso de comprar su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su calefacción/sistema de calefacción NO está funcionando, marque esta casilla: <input type="checkbox"/> . Llámenos inmediatamente al 320.269.6578 si su calentador/sistema de calefacción no está funcionando. <hr/> <b>Negocio en casa:</b> Si usted trabaja por su cuenta, ¿Tiene el negocio en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿Qué tipo de negocio y que tipo de trabajo se hace en su casa o en su propiedad? _____ ¿Le renta alguna parte de su casa a alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

### Parte 4. Fuentes de Combustible (Se considera la electricidad como una fuente de calefacción si se usa para calentar uno o más cuartos.)

Coloque "1" en la casilla al lado del **combustible/fuente** que usted usa más frecuentemente y "2" para cualquier otro tipo de combustible que usa para calentar su hogar.

Aceite	<input type="checkbox"/>	Propano/LP	<input type="checkbox"/>	Madera	<input type="checkbox"/>	Pelotillas de Madera	<input type="checkbox"/>	Vapor Municipal	<input type="checkbox"/>
Gas Natural	<input type="checkbox"/>	Electricidad	<input type="checkbox"/>	Elote	<input type="checkbox"/>	Otro Biocombustible	<input type="checkbox"/>	St. Paul Dist. Heating	<input type="checkbox"/>

### ¿Qué Compañías suministran la calefacción y electricidad en su casa?

	Calefacción No. 1	Calefacción No. 2	Electricidad
Nombre de la Compañía:			
Nombre en la Cuenta:			
Número de Cuenta:			

**ENVIE COPIA DE SUS ÚLTIMAS FACTURAS DE CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD O RECIBO DE COMBUSTIBLE CON ESTA SOLICITUD**

¿Calienta su casa con madera, elote, pelotillas u otro biocombustible?  Sí  No De contestar sí, conteste las 3 siguientes preguntas:

1. ¿Qué porcentaje de calefacción suministra? (use la tabla)	<b>(Encierre el porcentaje de madera, elote, pellets, otro combustible)</b>																				
2. ¿Usted corta su propia madera o elote? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">10%</td> <td style="width: 10%;">20%</td> <td style="width: 10%;">30%</td> <td style="width: 10%;">40%</td> <td style="width: 10%;">50%</td> <td style="width: 10%;">60%</td> <td style="width: 10%;">70%</td> <td style="width: 10%;">80%</td> <td style="width: 10%;">90%</td> <td style="width: 10%;">100%</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">A veces</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Medio tiempo</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Casi siempre</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Todo</td> </tr> </table>	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	A veces			Medio tiempo			Casi siempre		Todo	
10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%												
A veces			Medio tiempo			Casi siempre		Todo													
3. ¿Cuántas habitaciones tiene su hogar? _____																					

Si tienes una emergencia en estos momentos, marque el tipo de emergencia a continuación y enviar una copia de la notificación de desconexión de su compañía de Energía.

- Ya está desconectado? Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_ Fecha de desconexión? \_\_\_\_\_ Cantidad que debe? \_\_\_\_\_  
 Recibió una orden de desconexión? Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_ Fecha de desconexión? \_\_\_\_\_ Cantidad que debe? \_\_\_\_\_  
 Tanque de combustible vacío (o tiene menos de 20% en su tanque). ¿Qué porcentaje tiene en el tanque? \_\_\_\_\_ Cantidad que debe? \_\_\_\_\_

**Favor de contactar su compañía de energía para hacer un arreglo de pago.**

¿Usted utiliza electricidad para la calefacción de su casa?  Sí  No Si, marque en la casilla (s) indicando como lo usa.

- Unidad Central de calefacción  
 Calentador portátil solo cuando es necesario  
 Calentador portátil es la única fuente de calefacción para uno o más habitaciones, Enumera la(s) habitación(es): \_\_\_\_\_  
 Otro uso de calefacción eléctrica.

Marque todas las que apliquen:  Sistema de calefacción de piso  Calefacción de piso  Calefacción Eléctrico  Bomba de calor

Por favor liste las habitaciones donde calefacción eléctrica es la única fuente de calor \_\_\_\_\_

¿Le gustaría registrarse para votar o actualizar su registración si se ha mudado?  Sí  No

**¿Desea usted que el 30% de su beneficio se le envíe a la compañía de la luz?  Sí  No**

- ¿Les gustaría información sobre el programa de SNAP (Ayuda de Comida)? SI o NO
- ¿Ah sido su casa ayudada por el programa de Climatización? SI o NO
- ¿Le gustaría una lista de agencias de ayuda en su condado? SI o NO
- ¿En los pasados tres meses hubo algún miembro de su hogar, de 18 años o mayor, SIN ingresos? SI o NO
- Si es a así, favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Como se informó sobre el Programa de Asistencia de Energía? \_\_\_\_\_

¡SI FALTA INFORMACION O LA INFORMACION ESTA INCORRECTA DEMORARA EL PROCESO! Asegúrese de que la aplicación este completamente llenada, firmada y fechada, y todas las copias de los ingresos y los comprobantes de todas las personas estén incluidos.

Si usted se mueve de casa, favor de contactar a su oficina local de EAP inmediatamente para proveernos con su nueva información.

### **Parte 5. Consentimiento y Firma para el 1 de octubre de 2018 al 30 de septiembre de 2019.**

1. Doy consentimiento a mis compañías de electricidad y de calefacción para que proporcionen información sobre mi cuenta y de mi uso de energía al Departamento de Comercio de Minnesota (Comercio) y las contratistas del Comercio para el programa de Asistencia de Energía (EAP), Programa de Asistencia de Climatización (WAP), y el programa de Mejoras de Conservación (CIP).
2. Doy consentimiento a la Administración de Seguro Social, y al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (MDHS) y a sus agencias afiliadas, y al el Departamento de Empleo y Desarrollo Económico de Minnesota para que compartan información referente a mi Numero de Seguro Social y a mis beneficios de asistencia pública, y mis ingresos recibidos durante el último año para elegibilidad para beneficios con Comercio y sus contratistas de Comercio para EAP, WAP y CIP.
3. Autorizo a EAP, WAP, y CIP de Minnesota para:
  - Contactar a mi empleador para verificar mi ingreso.
  - Si alquilo, comunicarse con el dueño de la propiedad para verificar mi residencia y/o la fuente de calefacción.
4. Autorizo a mis Proveedores de Servicio local de EAP, WAP and CIP contactarme para referencias y encuentros.
5. Mi firma abajo afirma que la información en esta solicitud esta correcta. Entiendo que:
  - Actualmente vivo en la dirección que aparece en esta solicitud.
  - Estoy firmando de parte de todos los miembros de mi hogar.
  - Es posible que tenga que comprobar mis declaraciones.
  - Puedo ser civilmente o criminalmente penalizado bajo ley federal o estatal por intencionalmente hacer declaraciones falsas o fraudulentas.
  - Tengo derechos bajo los programas de EAP, WAP, and CIP. He recibido una copia de "Sus Derechos y Responsabilidades" y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones.
  - Puedo apelar las decisiones tomadas por mi Proveedor de Servicio EAP local sobre mis beneficios.
  - Entiendo que el llenar esta solicitud no garantiza que mi hogar recibirá asistencia.
  - Soy un adulto o un menor emancipado, o un menor cabecilla del hogar con no adultos o menores emancipados.

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**Deberemos recibir esta solicitud dentro de los 60 días de haber sido firmada.  
Esta solicitud deberá ser matasellada o recibida para el 31 de mayo de 2019.  
Los fondos se podrían agotar, apliquen pronto.**