



LIHEAP – Low Income Energy Assistance Program

PARA EL USO DE OFICINA SOLAMENTE																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #ccc;"> <th colspan="2" style="text-align: center;">ASSISTANCE TYPE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Summer Home Energy</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Winter Home Energy</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Summer Crisis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Winter Crisis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Weather Related</td> </tr> <tr style="background-color: #f00; color: white;"> <th colspan="2" style="text-align: center;">COVID-19</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>FPL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>FPU</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Deposit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>DK</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>TOTGC</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Disconnection</td> </tr> </tbody> </table>	ASSISTANCE TYPE		<input type="checkbox"/>	Summer Home Energy	<input type="checkbox"/>	Winter Home Energy	<input type="checkbox"/>	Summer Crisis	<input type="checkbox"/>	Winter Crisis	<input type="checkbox"/>	Weather Related	COVID-19		<input type="checkbox"/>	FPL	<input type="checkbox"/>	FPU	<input type="checkbox"/>	Deposit	<input type="checkbox"/>	DK	<input type="checkbox"/>	TOTGC	<input type="checkbox"/>	Disconnection	<input type="checkbox"/> Case Approved Date: _____ <input type="checkbox"/> Case Denied - Explanation _____ <input type="checkbox"/> Case Denied Pending (15 Days to finalize) <input type="checkbox"/> Case Approved after Pending Date _____ <input type="checkbox"/> Case Denied after Pending Date _____ <input type="checkbox"/> Verified EHEAP Contact _____ Date: _____ Household ID: _____ <input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Faxed <input type="checkbox"/> Emailed
ASSISTANCE TYPE																											
<input type="checkbox"/>	Summer Home Energy																										
<input type="checkbox"/>	Winter Home Energy																										
<input type="checkbox"/>	Summer Crisis																										
<input type="checkbox"/>	Winter Crisis																										
<input type="checkbox"/>	Weather Related																										
COVID-19																											
<input type="checkbox"/>	FPL																										
<input type="checkbox"/>	FPU																										
<input type="checkbox"/>	Deposit																										
<input type="checkbox"/>	DK																										
<input type="checkbox"/>	TOTGC																										
<input type="checkbox"/>	Disconnection																										
ID #: _____	Date: _____																										

NOTA: Esta aplicación no será procesada al menos que **sea completada y firmada** por el aplicante.

Información del Aplicante

Presente la siguiente información del solicitante primero, luego cada uno de las personas que viven en su hogar. Si hay más de siete personas que viven en su hogar, mencione una lista de esas personas y su información en una página separada y adjunte la información a este formulario

Nombre (Apellidos)	Edad	Fecha de Nacimiento	Relación con el solicitante	Número de Seguro Social	Tipo de Ingresos	Deshabilitado	
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
			Solicitante			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Dirección residencial:

Número y Nombre de la calle

Ciudad o Pueblo *Código postal*

Seminole County

Su dirección postal, si es diferente a la de su residencia:

Número y Nombre de la calle

Seminole County

Ciudad o Pueblo *Código postal*

Número de Teléfono (s) donde podamos localizarlo (a):

Casa: _____ Trabajo: _____
Cell: _____ Correo Electrónico: _____

Indique cuál de los siguientes programas usted ha recibido asistencia recientemente:

TANF/Cash Asst. Lifeline and Link-up Florida Estampillas de alimentos Ninguno

Complete los siguientes que apliquen a usted:

Numero de persona (s) de 62 años o mayor _____
Número(s) de personas deshabilitadas que reciben asistencia para (SSI o SS). _____
Number of children 5 years of age or younger _____

Tipo de ingreso: Salarios, trabajos por su cuenta, Pensión alimenticia para niños, Desempleo, Beneficios de Retiro o Veterano, SSI, Asistencia del gobierno (AFDC), Estampillas para alimentos, Pensión alimenticia por cónyuge, etc.

Si su ingreso mensual es menos de \$600, explique cómo paga usted por los siguientes gastos: comida, renta, ropa, transportación y sus gastos de utilidades.

¿Ha recibido usted o algún miembro de su familia la asistencia de LIHEAP o EHEAP durante los pasados doce meses del año? Si No. Si contesta si, por favor complete lo siguiente: (LIHEAP Asistencia de Energía Eléctrica, Crisis, o Asistencia para desastres EHEAP Crisis)

Nombre de la agencia	Tipo de asistencia	Fecha
----------------------	--------------------	-------

Si usted está aplicando para Asistencia de Energía Eléctrica (LIHEAP) describa su situación crítica:

Si usted vive en una residencia subsidiada por el gobierno tal como, sección 8, HUD-VASH, dormitorios, casa de retiro o para personas mayores, por favor mencione el nombre del lugar:

¿Es una de las siguientes situaciones aplicadas a usted? (Marque una solamente.)

- El servicio de energía eléctrica esta desconectado
- La factura de energía eléctrica está atrasada
- Yo tengo una orden de desconexión de la compañía de electricidad
- Deposito (número de cuenta y deposito requerido) Cuenta #: _____ Cantidad deposito: _____
- Deposito verificado por _____ confirmado por _____ Duke/FPL Rep. el _____

Otro:

Información de la Compañía de Energía Eléctrica

Si el gasto de Energía eléctrica esta incluido en su renta, por favor mencione el nombre y el numero de teléfono del propietario. Incluya copia de la factura de electricidad o carta del dueño de la propiedad o de la compañía.

_____	_____	_____
<i>Energía Eléctrica/Propietario</i>	<i>Numero de cuenta</i>	<i>Numero de teléfono</i>

Si usted comparte su dirección postal o residencial con otras personas que no son parte de su grupo familiar mencione sus nombres

_____ ; _____ ; _____ ;

Si usted o alguien en su residencia no es ciudadano americano o no cuenta con una residencia permanentemente legal, mencione los nombres(s) y el estado legal en que se encuentra bajo la ley del departamento de Emigración o Naturalización:

Nombre: _____	Condición legal: _____
Nombre: _____	Condición legal: _____

Si usted o cual quier otro (a) persona es miembro de una Tribu India, escriba el nombre(s) de la Tribu.

_____ ; _____ ; _____ ;

LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR E INICIAL SU APLICACIÓN

_____ **YO ENTIENDO:** Y estoy consiente que la asistencia se les proveerá a aquellas familias de bajos ingresos y mayor necesidad, por ejemplo; esas familias con impedimentos, personas mayores, con necesidad medica, niños y familias que no se han asistido previamente. Yo autorizo a esta agencia que efectúe los pagos directamente al suplidor de energía eléctrica. Yo también entiendo que después de haber proveído toda la información requerida, si estoy aplicando para asistencia de emergencia, esta agencia tiene 48 horas; o 18 horas si la situación es alarmante, para aprobar o denegar esta aplicación. Si mi aplicación no es aprobada o denegada dentro del tiempo permitido por la cantidad correcta, yo tengo todo el derecho de apelar. Yo entiendo que de no recibir una carta aprobando o denegando la asistencia dentro de los 45 días es mi responsabilidad de notificarle a la agencia.

_____ **DECLARACION DE FRAUDE:** Yo certifico bajo penalidad por perjurio a mi mejor entender que la información en este formulario es cierta y correcta. Yo entiendo y estoy de acuerdo que puedo ser acusado o descalificado de este programa a sabiendas que estoy proveyendo una información incorrecta o incompleta y que puedo ser acusado si proveo falsa información. Si alguna información es incorrecta, sus beneficios se podrían verse afectados y/o elegibles para reembolso.

_____ **YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO:** que LIHEAP asistirá mi familia **si yo cualifico y hay fondos disponibles.**

_____ **YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO:** que LIHEAP **no puede ayudar a mi familia si el arrendamiento o la hipoteca no está en mi nombre.**

_____ **YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO:** que LIHEAP **no puede ayudar a mi familia si la tarifa de electricidad no esta en mi nombre o a nombre de alguien que resida en la misma vivienda.**

_____ **YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO:** que LIHEAP se reserve el derecho de cambiar la poliza segun sea necesario.

_____ **YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO:** que LIHEAP no es responsable de ningun cargo adicional.

_____ Firma de Solicitante Fecha: _____

PARA EL USO DE OFICINA SOLAMENTE

Firma del Especialista

Fecha

Firma de Supervisor/ Especialista

Fecha

NOTIFICACION DE ACUERDO A COLECTAR LOS NUMEROS DE SEGURO SOCIAL PROGRAM DE ASISTENCIA DE ENERGIA ELECTRICA

La siguiente declaración ha sido hecha basado en virtud a la sección 119.071(5), del Estatuto de la Florida. El número de Seguro Social del aplicante y miembros del hogar serán requeridos porque esta información ha sido determinada y crucial para el cumplimiento del deber y responsabilidades de acuerdo a la ley bajo el Programa de Asistencia de Energía Eléctrica para personas de bajos ingresos. Aunque esta información no es requerida por el estado o ley Federal; sin embargo, los números de seguro social son necesarios para determinar la elegibilidad de los servicios del programa y específicamente para los siguientes propósitos.

1. Para verificar la identidad del aplicante
2. Para verificar la cantidad de miembros en el hogar
3. Para verificar el ingreso familiar

El número de seguro social colectado en virtud a esta notificación podrá solamente ser usado por el Department of Economic Opportunity y **el City of Sanford (LIHEAP)** para propósitos mencionados arriba.

NINGUN CONSENTIMIENTO EXCEPTO BAJO CIRCUNSTANCIAS LIMITADAS.

Los números de seguro social no se divulgarán a otras personas a menos que lo requiera o autorice la ley de Florida. Sección 119.071 (5), Los Estatutos de la Florida permiten la divulgación del número de seguro social de una persona en las siguientes circunstancias específicas y limitadas:

- Si las medidas expresadas son requeridas por la Ley Federal de la Florida o fuera necesario para identidad de la Agencia Gubernamental para llevar a cabo los cumplimientos del deber y responsabilidades;
- Si el consentimiento individual expresado es por escrito;
- Si el consentimiento es hecho para prevenir o combatir el terrorismo en virtud al U.S. Patriot Act of 2001 o por orden del Ejecutivo Presidencial 13224 (propiedad bloqueada y negocios privados, transacciones con personas quienes han cometido amenazas o apoyan el terrorismo);
- Por una agencia, empresa y dependientes, si el consentimiento es necesario para administrar los beneficios de salud de una persona, el plan de pensión o fondos;
- Si el consentimiento es para propósito de Uniform Commercial Code por la oficina de Secretario del Estado.
- Si el consentimiento es requerido y permitido por una identidad comercial bajo el uso de la Ley 1994, por la Protección Federal de los choferes, y la Ley Fair Credit Reporting, 1999 Federal Financial Services Modernization. (por ejemplo, para verificar la precisión de la información personal individual proveída por la entidad Comercial; un asegurador en conexión con los reclamos de investigación o actividades anti fraudulentas; para uso en conexión con una transacción de crédito).

CONFIRMACION DE ESTA NOTIFICACION

Yo declaro que he recibido copia de esta notificación referente a la recuperación con referencia a la colección de mi número de seguro social y todos los miembros de mi hogar como parte del proceso esta aplicación para el Programa de Asistencia de Energía Eléctrica.

Firma de Aplicante

Fecha: _____



STATE OF FLORIDA LIHEAP PROGRAM
LIHEAP Performance Measures Data Collection Worksheet

Part 1 – CLIENT INFORMATION

Complete the following information based on the Applicant’s LIHEAP Application

Applicant Name _____

Customer of Record (if not Applicant) _____

Vendor(Electric) _____

Account Number _____

Vendor(Gas) _____

Account Number _____

PART 2 – MAIN ENERGY SOURCE

Check which source is used for each energy need

ENERGY NEED	ELECTRIC	GAS	OTHER –Describe
HEATING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
COOLING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
OTHER (cooking, water, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

PART 3 –IMMINENT RISK

Was the applicant considered to be at imminent risk of losing needed home energy source and disruption was halted as a result of the Applicant receiving a LIHEAP benefit, either Home Energy or Crisis (either alone or in combination with another program)?

Yes No

- If Yes, count the Applicant as having home energy disruption halted as a result of LIHEAP assistance. However, the Applicant may still be eligible for services.
- If No, do **NOT** count the Applicant as having home energy disruption halted as a result of LIHEAP assistance. However, the Applicant may still be eligible for services.

Some additional questions to consider if assistance is needed in determining if the Applicant should be counted in this category.

Yes	No	Question
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does the Applicant have a shut-off notice? This does not include a late bill or late notice.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does the Applicant have less than 7 days of pre-paid electricity usage or fuel?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is the Applicant using an alternative source for heating or cooling, i.e.; they are using a fan because the HVAC unit is operable but not running correctly?

OFFICE USE ONLY

CASE WORKER COMMENTS

Date:

Date:

Date:

Client needs to pay: _____
Deposit amount: _____