

## **INSTRUCCIONES para la solicitud del Programa de Asistencia para la Energía de Indiana, año del programa (Program Year, PY) 2024**

- **Tenga en cuenta que el Programa de Asistencia para la Energía de Indiana brinda un pago único del beneficio.** No se trata de una ayuda mensual recurrente y no está concebida para cubrir todos los gastos de servicios públicos durante un año.
- Si está previsto que le desconecten o ya le han desconectado de algún servicio público, o si se le está acabando el combustible a granel para calefacción, marque la casilla para informar a la agencia que está en crisis.
- Rellene el formulario de solicitud en su **totalidad**, incluidos los campos con opciones sí/no.

### **Parte I: información de contacto**

- **Rellene toda la información completamente**, incluidos el nombre completo y los cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) de la persona que rellena la solicitud para el grupo familiar. Si no completa toda la información o no facilita buenos métodos de contacto, puede retrasarse la tramitación de la solicitud.

### **Parte II: información sobre el hogar y los servicios públicos**

- Rellene todos los campos completamente.
- Adjunte a su solicitud las facturas o extractos de cuenta **actuales** de electricidad y calefacción.

### **Parte III: ingresos y beneficios**

- Rellene todos los campos, indicando **todas** las formas de ingresos o ayudas no monetarias por beneficios recibidas por cualquier integrante del grupo familiar en los últimos tres meses.
- Presente documentación **actualizada** de los ingresos junto con su solicitud.
- Si algún integrante de su grupo familiar ha **pagado** una pensión alimenticia en los últimos tres meses, presente un justificante de los pagos para que la pensión alimenticia se deduzca de los ingresos del grupo familiar.
- Identifique a los integrantes del grupo familiar de edades entre los 14 y los 24 años que no trabajen ni vayan a la escuela en la fecha de la solicitud.

### **Parte IV: integrantes del grupo familiar y datos demográficos**

- **Inclúyase como integrante del grupo familiar número 1.**
- **Debe indicar todas las personas que residen en la dirección de la solicitud en la fecha de la solicitud.**
- Debe rellenar **todos los campos** para **todas las personas**. Si no rellena la información demográfica, se retrasará la tramitación de su solicitud, ya que el proveedor local de servicios tendrá que ponerse en contacto con usted para recopilar esta información.
- **Si hay más de cuatro personas en su grupo familiar (cinco en el formulario de letra grande), necesitará un anexo para indicar a los demás integrantes.** Póngase en contacto con su proveedor local de servicios para obtener el anexo y marque la casilla para notificar al personal de admisión que tramita su solicitud que hay más de cuatro personas presentes.
- Utilice los códigos suministrados para identificar la raza, etnia, la situación laboral, el nivel educativo, el seguro médico y la situación militar de cada integrante del grupo familiar.
- Identifique a cualquier persona del grupo familiar que pueda ser empleado/miembro del personal, miembro del consejo de administración o subcontratista de la agencia con la que presenta la solicitud, o que sea pariente de alguno de estos.
- Defina su tipo de grupo familiar según las opciones suministradas.

## Parte V: certificación

- **La falta de firma y fecha en la declaración de certificación invalidará su solicitud.**

### Presentar su solicitud

- **Presente su solicitud al proveedor local de servicios que administra el Programa de Asistencia para la Energía (Energy Assistance Program, EAP) para su condado**, no a la Autoridad de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Indiana (Indiana Housing and Community Development Authority, IHCD).  
Si no sabe quién es su proveedor local de servicios, puede identificarlo marcando 2-1-1 o visitando <http://eap.ihcda.in.gov>. También debe figurar en el anverso de la solicitud.
- Presente los documentos a continuación con su solicitud (se aceptan fotocopias):
  1. Documento de identidad con fotografía de la persona que completa y firma la solicitud.
  2. Justificante del SSN de cada integrante del grupo familiar. Puede ser:
    - Copia de la tarjeta del Seguro Social.
    - Copia de un pasaporte estadounidense válido.
    - Copia de una identificación REAL válida expedida por el estado.
    - Copia de un formulario federal preimpreso, como la correspondencia de la Administración del Seguro Social o un W-2, que contenga el nombre de la persona y su Número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) completo y sin editar.
  3. Documentación **actual** sobre los ingresos de todos los integrantes del grupo familiar mayores de 18 años. Esto puede incluir:
    - Empleo/salarios
      - Recibo de sueldo **más reciente**
      - Formulario de solicitud de información sobre ingresos (póngase en contacto con el proveedor local de servicios)
    - Beneficios del Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)/Departamento de Asuntos de Veteranos (Veteran Affairs, VA)
      - Carta de concesión **completa** más reciente (puede descargarse de internet)
      - Extracto bancario **completo**
    - Pensión/jubilación
      - Carta de concesión
    - Trabajo autónomo
      - Formulario 1040 de declaración de la renta más reciente, con todos los anexos correspondientes a la actividad autónoma.
    - Beneficios por desempleo
      - Formulario de divulgación de información para el Departamento de Desarrollo Laboral (Department of Workforce Development, DWD) rellenado.
      - Copia impresa **completa** de su estado de cuenta Uplink más reciente.
    - Manutención/apoyo al cónyuge/indemnización por accidente laboral/discapacidad privada
      - Cualquier documentación de los pagos recibidos.
    - Trabajos esporádicos/ingresos irregulares/sin ingresos
      - Formulario de verificación de ingresos completado - póngase en contacto con el proveedor local de servicios
    - Si tiene alguna duda sobre la documentación aceptable, póngase en contacto con su proveedor local de servicios.
  4. Facturas actuales y completas de los servicios de electricidad y calefacción.
    - Si usa calefacción con combustible a granel, facilite el último recibo de entrega.
    - Si los servicios públicos están incluidos en el alquiler, presente una declaración jurada del arrendador debidamente completada.
    - ¡Asegúrese de suministrar el extracto de facturación **completo y detallado!**
- En función de las circunstancias del grupo familiar, puede exigirse documentación adicional. Si tiene más preguntas, póngase en contacto con su proveedor local de servicios.

## Aviso de privacidad y sus derechos y responsabilidades

**Disposiciones de la Ley de Privacidad:** las leyes federales nos obligan a informarle sobre sus derechos y responsabilidades antes de recopilar y utilizar información sobre usted clasificada como privada o confidencial. Este formulario le brinda información importante que cumple con la Ley Federal de Privacidad de 1974, en el título 5 del Código de los EE. UU. (U.S. Code, USC), sección 552a(e)(3).

Lea este *Aviso de Privacidad* cuidadosamente antes de completar y firmar la *solicitud del Programa de Asistencia para la Energía de Indiana*, y guarde este *Aviso de privacidad* en sus archivos para uso futuro. Este *Aviso de Privacidad* se aplica al Programa de Asistencia para la Energía (EAP) y al Programa de Asistencia para la Climatización (Weatherization Assistance Program, WAP).

### ¿Por qué recopilamos la información de la solicitud?

Utilizaremos su información para investigar, evaluar y administrar los programas EAP y WAP. Necesitamos la información:

- Para distinguirlo de otras personas.
- Para ver si califica a la ayuda.
- Para permitirnos obtener fondos federales o estatales para la asistencia que recibe.
- Para cumplir los requisitos federales o estatales de presentación de informes.

### ¿Tiene que darnos la información?

Tiene derecho a no darnos la información que le pedimos.

### ¿Qué ocurre si nos da o no nos da la información?

Si nos facilita la información requerida en la solicitud, ésta será tramitada. Si no nos facilita esa información:

- No se tramitará su solicitud.
- Es posible que no reciba servicios.
- Es posible que no reciba ayuda para pagar las facturas de energía.
- Sus servicios podrían sufrir retrasos.

Conservaremos toda la información que nos facilite, se apruebe o no su solicitud.

### ¿Quién puede ver esta información?

Las personas a continuación pueden recibir la información contenida en su solicitud si: (i) necesitan acceder a la información de la solicitud para realizar su trabajo en relación con el EAP y el WAP, (ii) están autorizadas por la ley federal o estatal para recibirla o (iii) utilizan la información para informes, para medir los resultados y con fines de remisión y elegibilidad:

- Proveedores de servicios de programas energéticos locales contratados por la IHCD.
- Auditores de programas, tal como exigen o permiten las circulares de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB).
- Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Energía de los Estados Unidos.
- Las personas autorizadas en virtud de una orden o citación judicial.
- Sus compañías energéticas para la asequibilidad y los programas de energía.
- Administración del Seguro Social de los Estados Unidos.
- Otras agencias o entidades según lo permita la legislación federal o estatal.

### ¿Por qué recopilamos los números del Seguro Social?

Utilizamos los números del Seguro Social en la administración de los programas EAP y WAP para garantizar que los solicitantes elegibles y los integrantes de su grupo familiar reciban únicamente los beneficios permitidos. La ley federal nos permite exigirle que revele su número de Seguro Social para tramitar su solicitud y prevenir, detectar y corregir fraudes y abusos. AUTORIDAD: sección 205(c)(2)(C)(i) de la Ley de Seguridad Social, título 42 del USC, sección 405(c)(2)(C)(i).

### ¿Por qué solicitamos información sobre su raza?

Esta información se recopila y registra únicamente con fines estadísticos y se incluye en nuestros informes obligatorios a nivel federal. El programa no discrimina por motivos de raza o etnia, religión, sexo, orientación sexual o afiliación política.

**Solicitud del Programa de Asistencia para la Energía de Indiana - letra grande**

Año del programa 2024

 	Pace Community Acton Agency, Inc 525 N 4th Street Vincennes, IN 47591 812-882-7927, ext. 2 Fax: 812-882-7982 www.pacecaa.org/energy-assistance E-mail: eap@pacecaa.org	Solo para uso de proveedores/agencias		
		Fecha de recepción:		
		Número de solicitud:		
		Por correo postal	Cita	Divulgación/visita a domicilio/otra
		El grupo familiar está desconectado o sin combustible:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		El grupo familiar tiene aviso de desconexión o menos del 25 % de combustible:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		La fuente de calor del grupo familiar no funciona:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Compruebe aquí si su servicio público de electricidad o calefacción está desconectado o tiene prevista la desconexión, o si le queda poco combustible a granel para calefacción o electricidad prepagada.**

Si le han desconectado el servicio o está previsto que se lo desconecten, o si le queda poco combustible o no tiene combustible a granel prepago, póngase en contacto con el proveedor local de servicios indicado más arriba para solicitar una cita de crisis. Si necesita otras opciones de emergencia, llame al 2-1-1.

**Parte I: información de contacto**

Nombre del solicitante		Cuatro últimos dígitos del SSN		Condado	
		XXX-XX-			
Dirección física (incluido el número de apartamento/lote/remolque)			Ciudad		Estado
					IN
Código postal					

Si tiene un apartado de correos o una dirección postal alternativa, indíquela a continuación. En caso contrario, deje en blanco.

Facilite al menos una forma de contacto a continuación. No aportar información de contacto exacta puede retrasar la tramitación de la solicitud.

Número de teléfono	<input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Teléfono celular	Operador de telefonía celular	<input type="checkbox"/> Consentimiento para recibir mensajes de texto	Dirección de correo electrónico - <input type="checkbox"/> <b>marque la casilla para autorizarnos a enviarle correos electrónicos.</b>

Rellene y firme la todas las páginas - la solicitud no es válida sin la firma y la fecha.

Utilice solo tinta azul o negra y asegúrese de rellenar completamente todos los campos. Si no completa la solicitud en su totalidad, se puede retrasar el trámite.

## Parte II: información sobre el hogar y los servicios públicos

Tipo de vivienda (marque una opción)	Servicios públicos y pago
<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar construida sobre el terreno <input type="checkbox"/> Apartamento/condominio/dúplex/etc. <input type="checkbox"/> Casa móvil <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler Proveedor de electricidad: _____
<b>Propiedad de la vivienda (marque una opción)</b> <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler Proveedor de calefacción: _____
<b>Fuente de calefacción principal (marque una opción)</b> <input type="checkbox"/> Horno/bomba de calor <input type="checkbox"/> Unidad de zócalo/pared <input type="checkbox"/> Estufa de leña <input type="checkbox"/> Otra: _____	<b>¿Tiene instalada una fuente de calefacción secundaria en su hogar?</b>  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  En caso afirmativo, describa: _____
<b>¿Funciona?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Combustible principal de calefacción (marque una opción)</b> <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Combustóleo <input type="checkbox"/> Madera/pellets <input type="checkbox"/> Otra: _____	

**El programa de Climatización ofrece medidas de conservación de energía para reducir los gastos de servicios públicos de los habitantes de Indiana de bajos ingresos en todo el estado. ¿Estaría su grupo familiar interesado en que lo remitieran al programa**

## Parte III: ingresos y beneficios

**Indique todos los tipos de ingresos recibidos por cualquier integrante del grupo familiar en los últimos tres meses. Marque todas las opciones que correspondan.**

<input type="checkbox"/> Salario del trabajo	<input type="checkbox"/> Jubilación del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Discapacidad del Seguro Social	<input type="checkbox"/> SSI
<input type="checkbox"/> Trabajo autónomo	<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación	<input type="checkbox"/> Discapacidad de VA	<input type="checkbox"/> Pensión de VA
<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral		<input type="checkbox"/> Discapacidad privada
<input type="checkbox"/> Manutención/apoyo al cónyuge	<input type="checkbox"/> Trabajos esporádicos/ingresos irregulares		<input type="checkbox"/> Sin ingresos
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

**Indique todas las fuentes de asistencia recibidas por cualquier integrante del grupo familiar. Marque todas las opciones que correspondan.**

<input type="checkbox"/> Cupones de elección de vivienda (Sección 8)	<input type="checkbox"/> Vivienda pública	<input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente	<input type="checkbox"/> VASH
<input type="checkbox"/> SNAP (cupones para alimentos)		<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> Crédito fiscal por ingresos del trabajo (EITC)	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Subvención de la Ley de Asistencia Médica de Bajo Costo	
<input type="checkbox"/> Cupón para pago de guardería			
<input type="checkbox"/> Otras: _____		<input type="checkbox"/> Ninguna	

<b>¿Algún integrante del grupo familiar ha <u>pagado</u> pensión alimenticia en los últimos tres meses?</b>	<b>¿Hay algún integrante del grupo familiar con edades entre los 14 y los 24 años que <u>no</u> trabaje ni estudie?</b>
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí (presente justificantes de pago)	<input type="checkbox"/> Sí (indique): _____

### Parte IV: integrantes del grupo familiar y datos demográficos

**Indique todas las personas que residen en el hogar, usted incluido.**

Marque aquí y adjunte una hoja adicional si hay más de cinco personas en el grupo familiar:  Más de cinco personas en el grupo familiar

Apellido y sufijo	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género	¿Discapacitado?	Raza	Etnia	Empleo	Educación	Seguro médico	Situación militar
						<b>Utilice los códigos que figuran a continuación</b>					
Solicitante				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/ no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
2				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/ no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
3				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/ no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
4				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/ no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
5				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/ no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

<b>Códigos de raza:</b> A: asiático; B: negro o afroamericano; I: indígena americano o nativo de Alaska; P: nativo de Hawái u otras islas del Pacífico; W: blanco; M: multirracial; O: otra	<b>Códigos de etnia:</b> H: origen hispano, latino o español N: origen no hispano, latino o español	<b>Códigos de empleo:</b> FT: empleado a tiempo completo; PT: empleado a tiempo parcial; R: jubilado; US: desempleado durante seis meses o menos; UL: desempleado durante más de seis meses; NL: sin empleo; M: trabajador agrícola migrante de temporada
---	---	---

<b>Códigos de educación:</b> A: grados 0-8; B: grados 9-12, no graduado; C: título de graduado en educación secundaria/equivalente; D: algunos estudios posteriores a la secundaria; E: título universitario de 2 o 4 años; F: otros titulados de enseñanza posterior a la secundaria	<b>Códigos del seguro médico:</b> A: Medicaid; B: Medicare; C: Programa estatal de seguro médico infantil; D: seguro médico estatal para adultos; E: asistencia médica militar; F: compra directa; G: basado en el empleo; N: ninguno	<b>Códigos militares:</b> A: militar activo V: veterano N: sin afiliación
--	--	--

<b>¿Algún integrante del grupo familiar está afiliado a esta agencia como empleado, miembro del personal, miembro del consejo de administración o subcontratista, o es pariente de alguno de estos?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (indique): _____	<b>Tipo de grupo familiar (marque una opción)</b>		
	<input type="checkbox"/> Persona soltera <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Adultos no emparentados con niños <input type="checkbox"/> Grupo familiar multigeneracional (tres o más generaciones) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Dos adultos, sin niños <input type="checkbox"/> Padre soltero	<input type="checkbox"/> Grupo familiar con dos padres

### Parte V: certificación

**Descargo de responsabilidad:** certifico bajo pena de perjurio y fraude que la información facilitada en esta solicitud es correcta y verdadera. Entiendo que se me puede pedir que verifique estas declaraciones y por la presente doy mi consentimiento a la agencia a la que solicito asistencia para que se ponga en contacto con las personas necesarias para verificar estas declaraciones. Certifico que soy un adulto que reside en este grupo familiar y figura en esta solicitud, o que tengo un poder legal para un adulto que reside en este hogar y figura en esta solicitud. Soy habitante de Indiana y solicitante del/de los Programa(s) de Asistencia para la Energía o para la Climatización. Reconozco que cualquier servicio o material suministrado a mi grupo familiar será un regalo sin contraprestación o pago de mi parte. Autorizo al estado de Indiana y a la agencia a la que solicito asistencia a obtener información de mi proveedor de energía, incluso sobre mi consumo de energía y mi historial de pagos. Entiendo que el estado de Indiana puede utilizar la información suministrada en este formulario con fines de investigación, evaluación y análisis. También entiendo que el estado de Indiana puede utilizar la información suministrada en este formulario para ver si califico para cualquier otro programa de asistencia. Por la presente, eximo al estado de Indiana, al proveedor local de servicios o a cualquier otra entidad de cualquier responsabilidad derivada de la realización de estas actividades. No he recibido ninguna garantía expresa o implícita en relación con la recepción de estos servicios. También reconozco que, si tergiverso o no revelo cualquier información requerida en esta solicitud, o si firmo o presento esta solicitud o cualquier documentación justificativa sin la autoridad legal para hacerlo, puedo perder la elegibilidad para recibir Asistencia para la Energía o para la Climatización y se me puede requerir que devuelva cualquier asistencia o beneficios que haya recibido a causa de dicho incumplimiento, tergiversación u omisión.

**Los beneficios del Programa de Asistencia para Energía se brindan sin importar la raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, origen nacional, ascendencia o condición de veterano.**

**Firma del solicitante (obligatoria)**

**Fecha (obligatoria)**