

Anoka County Community Action Program
 1201 89th Ave. NE Suite 345
 Blaine, MN 55434

Sólo para uso de oficina
HH#: _____
Rep # _____
Grant amount _____

ANOKA COUNTY COMMUNITY ACTION PROGRAM
 1201 89TH AVE NE SUITE 345
 BLAINE MN 55434

2009 – 2010 SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ENERGÍA DE MINNESOTA



Anoka County Community Action Program
 1201 89th Ave NE Suite 345
 Blaine, MN 55434

Phone: 763-783-4747 TTY: 763-783-4724
 FAX: 763-783-4700 Web Site: www.accap.org



Antes de completar esta solicitud, lea la hoja adjunta "Sus Derechos Y Responsabilidades"

Parte 1. Información Personal

Su número de Seguridad Social: _____	La divulgación de su Número de Seguridad Social es voluntaria. El no proporcionar su Número de Seguridad Social podría causar demoras en el procesamiento de su solicitud. AUTORIDAD: 45 CFR 96.84 (c); 42 U.S.C. 405(C) (2) (C) USO: El estado usará su Número de Seguridad social en la administración del LIHEAP para verificar la información contenida en la solicitud, y para prevenir, detectar y corregir cualquier tipo fraude, pérdida y abuso, y para fines de proporcionar información cuando la solicite un programa subvencionado a través de becas estatales para la asistencia temporal a familias en necesidad.
Su nombre: _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____	
La dirección donde usted vive: _____ Calle _____ N° apt. _____ Ciudad _____ Estado <u>MN</u> _____ Código postal _____	
Dirección a donde se debe enviar correo (si es diferente a la de su residencia) _____ Calle o Apartado postal _____ N° apt. _____ Ciudad _____ Estado <u>MN</u> _____ Código postal _____	
Condado: _____ Municipio: _____	
Teléfono residencial: (____) _____ Otro Teléfono: (____) _____	
Idioma principal que se habla en su hogar: _____	Correo electrónico (E-mail) _____
Representante autorizado: Un "Representante autorizado" es alguien a quien usted da permiso (por escrito) para actuar en su nombre. Esta persona recibirá todo su correo para este programa, si usted incluye su dirección. Nombre _____ Apellido _____ Teléfono (____) _____ Calle o Apartado postal _____ N° apt. _____ Ciudad _____ Estado <u>MN</u> _____ Código postal _____	

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

Parte 2. Información sobre su familia

¿Hay algún miembro de su familia que actualmente forma parte de la junta o es un empleado de esta agencia? Sí No

INCLUYENDOSE A USTED, ANOTE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE HABITAN EN SU CASA

Personas que habitan en la casa Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Raza	Hispano	Sexo	Dis- capaci- tado S / N	Años de escuela	Tiene ingreso S / N
				S / N	M / F			
1. (usted)		/ /						
2.		/ /						
3.		/ /						
4.		/ /						
5.		/ /						
6.		/ /						
7.		/ /						
8.		/ /						

Si es necesario, adjunte una hoja con la información de los otros miembros adicionales de su hogar.

Raza: A = Asiático B = Negro o Africano-americano I = Nativo americano o nativo de Alaska
O = Nativo de Hawai o de otro lugar del Pacífico W = Blanco.

Discapacitado: Sujeto a una condición física o mental que substancialmente limita una o varias actividades de la vida cotidiana.

En los últimos 3 meses, de todas las personas que habitan en su hogar, ¿cuántas tuvieron un ingreso? _____

FUENTES DE INGRESOS Y OTRAS ASISTENCIAS (Marque todas las casillas que correspondan con respecto a su hogar)

<input type="checkbox"/> Salario/paga	<input type="checkbox"/> Seguridad Social o Seguridad Social de Discapacidad	<input type="checkbox"/> MN Ayuda Suplementaria (MSA)
<input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia/Trabajo de granjas	<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)	<input type="checkbox"/> Programa Diversionary Worker (DWP)
<input type="checkbox"/> Rentas	<input type="checkbox"/> Discapacidad temporal/permanente	<input type="checkbox"/> MFIP
<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación	<input type="checkbox"/> Asistencia general (GA)
<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores	<input type="checkbox"/> Pensión/Anualidad (trimestral y anual)	<input type="checkbox"/> Manutención de hijos o cónyuge
<input type="checkbox"/> Ingreso por interés o dividendos	<input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos	<input type="checkbox"/> Pago de casino tribal
<input type="checkbox"/> Contract for Deed Interest (Interés por Escritura Hipotecaria)	<input type="checkbox"/> Crédito de ingreso ganado (no contadas como ingreso)	<input type="checkbox"/> Otro

<p>Envíe prueba de ingresos brutos de los últimos 3 meses por cada una de las personas que habitan en su casa excepto de niños en grados K-12</p> <p>Si es trabajador independiente (o tiene su propia compañía) envíe una copia de su declaración federal de impuestos</p> <p>Si no incluye prueba de ingresos su solicitud se verá retrasada</p> <p>Las solicitudes deben ser firmadas y recibidas antes del 31 de mayo, 2010</p>	Si firma la aplicación en	Envíe prueba de ingresos de los meses de:	<p>Para EAP, usted no deberá excederse de estas pautas de ingresos por 3 meses (vea las instrucciones sobre Pautas de Ingresos para la Elegibilidad de Climatización) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Hogar</th> </tr> <tr> <th>Tamaño</th> <th>Ingresos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>\$5,423</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>\$7,092</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>\$8,761</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>\$10,430</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>\$12,099</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>\$13,768</td> </tr> </tbody> </table>	Hogar		Tamaño	Ingresos	1	\$5,423	2	\$7,092	3	\$8,761	4	\$10,430	5	\$12,099	6	\$13,768
	Hogar																		
	Tamaño	Ingresos																	
	1	\$5,423																	
	2	\$7,092																	
	3	\$8,761																	
	4	\$10,430																	
	5	\$12,099																	
	6	\$13,768																	
Agosto 2009	Mayo, junio, julio 2009																		
Septiembre 2009	Junio, julio, agosto, 2009																		
Octubre 2009	Julio, agosto, septiembre, 2009																		
Noviembre 2009	Agosto, septiembre, octubre, 2009																		
Diciembre 2009	Septiembre, octubre, noviembre, 2009																		
Enero 2010	Octubre, noviembre, diciembre, 2009																		
Febrero 2010	Noviembre, diciembre, 2009, enero, 2010																		
Marzo 2010	Diciembre, 2009, enero, febrero, 2010																		
Abril 2010	Enero, febrero, marzo, 2010																		
Mayo 2010	Febrero, marzo, abril, 2010																		

Parte 3. Información sobre su vivienda

Tipo de Vivienda: Casa Apartamento/Condo Townhouse Casa móvil Dúplex Triplex Cuádruplex Otro _____

¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo en su residencia actual? _____

¿Es usted dueño o está en proceso de comprar su residencia? Sí No

¿Cuánto paga usted de hipoteca al mes? \$ _____

Propietarios de vivienda: ¿está teniendo problemas con su calefacción? Sí No

Describe el problema: _____
 (Guarde el número de teléfono nuestro y llámenos si usted llega a tener algún problema con el generador de calefacción.)

¿Trabaja usted independientemente y en su casa, o alquila usted parte de su casa? Sí No Si su respuesta es "sí", explique: _____

Responda estas preguntas si usted paga renta: ¿Cuánto paga usted de renta al mes? \$ _____

¿Recibe Ud. renta subsidiada por el gobierno o vive Ud. en una vivienda subsidiada? Sí No

¿Está el costo de calefacción incluida en la renta? Sí No ¿Está la electricidad incluida en la renta? Sí No

Nombre del propietario _____ Teléfono _____ Dirección _____

Parte 4. Fuentes de combustible (la electricidad no es una fuente de combustible si solamente activa la caldera (furnace))

Coloque "1" en el combustible que Ud. más frecuentemente use en su casa y "2" para cualquier otro tipo de combustible.

Aceite Propano Madera Sist. de Vapor Municipal Otro

Gas Natural Electricidad Otro St. Paul Dist. Htg.

¿Desearía Ud. que el 30% del beneficio se le enviara directamente a la compañía eléctrica? Sí No

Si Ud. calienta su casa con madera, conteste estas 3 preguntas: 1. ¿Cuántas habitaciones hay en su casa? _____ 2. ¿Corta Ud. su propia madera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. ¿Qué porcentaje de madera Ud. usa? (indique porcentaje)									
	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
	Usa una pequeña cantidad de madera			Usa madera la mitad de las veces				Usa madera todo el tiempo		

¿CUÁLES SON LAS COMPAÑÍAS QUE LE SUMINISTRAN CALEFACCION Y ELECTRICIDAD A SU VIVIENDA?

	Calefacción No. 1	Calefacción No. 2	Electricidad
Nombre de la compañía			
Nombre en la cuenta:			
Número de cuenta:			

ENVIE UNA COPIA DE SU BOLETA/FACTURA DE ELECTRICIDAD O DE CALEFACCION O EL RECIBO DE LA COMPRA DE COMBUSTIBLE JUNTO CON ESTA SOLICITUD

Si usted no está registrado para votar, ¿le gustaría recibir una tarjeta de registro de votante? Sí No
 (No es necesario que usted responda esta pregunta.)

Parte 5. Preguntas locales

Por favor firme y coloque la fecha en la última página.

Parte 6. Reglamento de protección en caso de climas fríos

Si usted recibe ayuda con los gastos de energía, es posible que también pre-califique para el Reglamento de protección en caso de climas fríos empezando el 15 de octubre hasta el 15 de abril. Usted debe llamar a su compañía de energía para activar esta protección. Esta protección ayuda a reiniciar el servicio en la temporada de calefacción y evitar que las compañías de energía corten su calefacción durante el 15 de octubre y el 15 de abril. Usted debe establecer un plan de pago para mantenerse protegido. La asistencia con los gastos de calefacción no reemplaza lo que usted debe pagar.

Favor de contestar las siguientes preguntas y tome los pasos necesarios basados en sus respuestas.

	Sí	No
Me puse en contacto con mis compañías energéticas y tengo planes de pago. Si responde <i>No</i> , por favor, póngase en contacto con las compañías de energía para hacer planes de pago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me puse en contacto con mis compañías de energía para inscribirme en sus programas de descuento. Si responde <i>No</i> , llame a su compañía de energía hoy para averiguar lo que ofrecen. No todas las compañías de energía tienen programas de descuento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay alguna persona en su casa con una condición médica que requiera calefacción o electricidad? Si su respuesta es <i>Sí</i> , es posible que le pidan que proporcione una declaración del médico a su compañía de energía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para recibir todas estas protecciones, usted debe comunicarse con las compañías de energía, también hacer y mantener un plan de pago. Si usted falla en hacer un pago, usted perderá su protección y podrá perder su calefacción.

Parte 7: Permiso y firma

Para el programa anual que va del 1 de octubre de 2009 al 30 de septiembre de 2010:

1. Doy permiso a mi compañía eléctrica y compañía de calefacción para que proporcionen información sobre mi cuenta y gastos de energía al Departamento de Comercio de Minnesota (DOC) y sus contratistas para los programas de Asistencia de Energía y Climatización.
2. Igualmente doy mi permiso para que la Administración de Seguridad Social y el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, y sus agencias, compartan información referente a mis beneficios de asistencia pública recibidos durante el último año o elegibilidad para beneficios con DOC y sus contratistas para los programas de Asistencia de Energía y Climatización.
3. Doy permiso al Programa de Asistencia de Energía de Minnesota para que:
 - Se comuniquen con mi trabajo para verificar mi ingreso.
 - Se comuniquen con el dueño de la propiedad de donde yo alquilo para verificar mi residencia el sistema de calefacción.
4. Doy permiso a mi Agencia de Acción de la Comunidad local a:
Contactarme para encuentros comunitarios y referencias
5. Al firmar esta aplicación afirmo que la información contenida en esta solicitud es correcta. También expreso mi consentimiento para compartir esta información tal y como se indica anteriormente. Sé que:
 - es posible que tenga que comprobar mis declaraciones.
 - puedo ser penalizado a través de una multa o encarcelamiento si de manera consciente proporciono información falsa.
 - tengo derechos bajo los programas de energía y he recibido una copia de "Sus Derechos y Responsabilidades."
 - puedo presentar una apelación sobre cualquier decisión que tome la agencia.
 - entiendo que al llenar esta solicitud no garantiza que recibiré asistencia.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

**Nosotros debemos recibir esta solicitud dentro de los 60 días de haber sido firmada y antes del 31 de mayo del 2010
(Los fondos podrían no durar hasta el 31 de mayo, por eso inscribese pronto)**