



Date: _____
 Case name: _____
 Case number: _____
 County number: _____
 Supervisor/worker number: __ / __

La traducción de cualquier material a otro idioma que está diferente de inglés sirve solamente como un conveniente para el público que no lee en inglés. Hemos intentado proveer una traducción exacta de la materia original en inglés; sin embargo, es posible que existan pocas diferencias. La versión de esta forma en inglés es la forma oficial y toma precedente sobre cualquier traducción.

**Programa de Asistencia de Energía para Hogares con Bajos Recursos
 (LIHEAP según las siglas en inglés)
 Solicitud en Persona**

FOR OKDHS USE ONLY.				
Payee number	Application date	Certification date	Shelter code	Categorical code

Solamente se permite entregar una solicitud por cada hogar.

Si usted es directamente responsable para pagar los gastos de calefacción o aire acondicionado, puede solicitar ayuda para pagar este gasto completando y regresando esta aplicación a su oficina local de OKDHS. Por lo menos, un miembro del hogar tiene que ser ciudadano de los Estados Unidos o extranjero con estatus migratorio legal para ser eligible. Si usted o alguien en su hogar es una persona indígena (Nativo Americano), puede solicitar este beneficio con el OKDHS o con su tribu, pero no puede recibir asistencia de ambas agencias.

¿Alguien en su hogar solicitó o recibió Asistencia Tribal con las facturas de energía del hogar (LIHEAP Tribal) este año? Sí No

I. Cuéntenos sobre todas las personas que viven en el hogar, empezando con el/la encargado/a del hogar. Esta persona será la que reciba el pago. Debe marcar Sí o No en la casilla para indicar si es ciudadano de los Estados Unidos y proporcionar el número de seguro social para cada persona que quiere recibir beneficios. Si hay más de seis personas en su hogar, adjunte otra hoja de papel con la información de ellos.

Persona 1. Nombre del encargado del hogar	Sexo	Fecha de nacimiento
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de registro de extranjero		Número de seguro social	
Raza – marque todos los que apliquen <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska				<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático Tribu: _____	
¿Es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Dirección de correo, calle o apartado postal		Ciudad		Estado	Código postal
Dirección física o instrucciones para llegar a su casa, si es distinto a su dirección de correo					
Número de teléfono para comunicarse con usted			Dirección de correo electrónico		
Persona 2. Nombre completo					
				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento
Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de registro de extranjero		Número de seguro social	
Raza – marque todos los que apliquen <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska				<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático Tribu: _____	
¿Es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Persona 3. Nombre completo					
				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento
Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de registro de extranjero		Número de seguro social	
Raza – marque todos los que apliquen <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska				<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático Tribu: _____	
¿Es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Persona 4. Nombre completo					
				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento
Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de registro de extranjero		Número de seguro social	
Raza – marque todos los que apliquen <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska				<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático Tribu: _____	
¿Es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Persona 5. Nombre completo		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento
Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de registro de extranjero	Número de seguro social	
Raza – marque todos los que apliquen <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático Tribu: _____	¿Es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Persona 6. Nombre completo		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento
Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de registro de extranjero	Número de seguro social	
Raza – marque todos los que apliquen <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático Tribu: _____	¿Es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

II. Cuéntenos sobre sus ingresos y recursos.

Ingresos brutos totales del hogar ganados con trabajo (antes de las deducciones):\$ _____

Ingresos totales del hogar ganados sin trabajo: \$ _____

¿Recibe ayuda financiera para pagar sus gastos de vivienda, calefacción y/o aire acondicionado? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿de quién? _____

Total de recursos líquidos, incluyendo efectivo, cuentas de cheques o ahorros, certificados de depósito y acciones o bonos: _____

III. Cuéntenos sobre sus gastos.

El hogar: se renta le pertenece;están comprando es solamente un cuarto

Cuánto paga de renta: \$ _____

Si está rentado, ¿la renta incluye la factura de calefacción o aire acondicionado? Sí No

Puede ser eligible para una deducción de gastos médicos para miembros del hogar que son incapacitados o tienen 65 años o más. Estos gastos pueden ser facturas de doctores o hospitales, transporte, primas de séguro médico u otros servicios médicos.

Favor de hacer una lista de los gastos médicos mensuales.

Nombre	Tipo de gasto	Gasto mensual
		\$
		\$
		\$

¿Alguien en su hogar PAGA sustento económico para niños por orden judicial? Sí No
 Si la respuesta es sí, favor de proporcionar la información abajo:

¿Quién paga el sustento económico?	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia?
¿Quién recibe el sustento económico?	Número de teléfono	

IV. Cuéntenos sobre su fuente principal de energía para calefacción o aire acondicionado.

Solamente se considera su factura de servicios públicos de la temporada actual. Asegurarse de poner el nombre de la compañía que le manda la factura, porque el OKDHS pagará directamente a la compañía.

Gas o luz – Adjunte la factura más reciente o una copia de la factura.

Nombre de la compañía	Número de cuenta
Nombre en la cuenta, tal como aparece en su factura	Si la cuenta no está a su nombre, explique
Dirección dónde se encuentra el medidor de gas o de luz	

Propano o butano. Quiero que mi (marque uno): propano butano sea entregado por:

Nombre de la compañía o proveedor
Dirección de correo de la entidad que provee el servicio
Dirección dónde se encuentra el tanque o se recibe el servicio

Leña, carbón, petróleo o queroseno.

Para calefacción, uso (marque uno): <input type="checkbox"/> leña <input type="checkbox"/> carbón <input type="checkbox"/> petróleo <input type="checkbox"/> queroseno

¿Tiene un aviso de corte ahora o el proveedor se niega a entregar? Sí No

V. Cosas que debe saber.

Tiene que ponerse en contacto con su oficina local de OKDHS para solicitar asistencia con la energía.

Si se muda después de entregar su solicitud, aún si la misma compañía le provee la energía para calefacción o aire acondicionado, tiene que reportar su nuevo número de cuenta a la oficina local del OKDHS.

Si no ha recibido un aviso de aprobación o negación dentro de 10 días después de entregar esta solicitud y proporcionar las verificaciones necesarias, pongase en contacto con la oficina local de OKDHS.

Tiene derecho de apelar cualquier atraso en tomar una decisión y cualquier acción tomada por la oficina local de OKDHS que usted considere inapropiada, solicitando una audiencia justa. Usted o su representante podría tener acceso a los archivos relevantes al proceso de apelación. Las peticiones para una audiencia justa se le pueden hacer a su oficina local de OKDHS.

Certifico bajo pena de perjurio que he reportado de forma veraz el estatus de la ciudadanía de cada persona en mi hogar. Entiendo que tengo que avisar al OKDHS si alguien en mi hogar no tiene un estatus migratorio legal.

Si el OKDHS aprueba mi hogar para beneficios y luego se determina que hice una declaración falsa de la ciudadanía estadounidense o del estatus migratorio legal de alguien en mi casa, el OKDHS registrará una queja con el Abogado de los Estados Unidos y podré ser sujeto a cargos criminales.

Autorizo por medio la presente al OKDHS a hacer cualquier investigación necesaria de la situación económica de mi hogar y otras condiciones relacionadas con la elegibilidad, incluyendo pero no limitado a, examinar mi cuenta con cualquier proveedor de servicios públicos. He sido informado que cualquier persona quién a sabiendas y de forma voluntaria y fraudulenta proporcione información falsa con el propósito de obtener beneficios para los cuales no es elegible podrá ser sujeto a la prosecución hasta el alcance completo de la ley estatal o federal que se aplique.

Firma	Fecha	Número de teléfono
Testigo, si usted firma con una X: _____		
Firma		

El OKDHS cumple con los Reglamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés), Título 45, Código de los Reglamentos Federales, Parte 80 y Parte 84. Estas leyes y reglamentos prohíben excluir la participación en, la negación de beneficios de, o la exposición a la discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia federal financiera a cualquier persona basado en su raza, color, origen nacional o cualquier persona calificada basado en su condición de incapacidad. Quejas por escrito que expresan la condición de no cumplir con cualquier ley se deben de dirigir al Director del OKDHS, Box 25352, Oklahoma City, Oklahoma, 73125, o al Secretario del DHHS, Washington, DC, o a ambos.

FOR OKDHS USE ONLY. Income computation:

Gross earned income \$ _____ MINUS
\$240 work related expense for each wage earner \$ _____ PLUS
Gross unearned income \$ _____ MINUS
Legally binding child support, if eligible \$ _____ MINUS
Medical expenses, if eligible \$ _____ EQUALS
Countable income of \$ _____

Household size: adults _____ children _____. Eligible amount: \$ _____

60 or older disabled 2 years old or under 3 to 5 years old

Worker's signature

User identification no.

Supervisor/
worker no.

Date