

APLICACIÓN

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos de Illinois (LIHEAP) / Programa de Climatización de Vivienda de Illinois (IHWAP)

Para contactar la Línea de Asistencia de Energía: (Gratuita) (877) 411-9276
 # Aplicación LIHEAP: _____

Para reportar fraude o abuso de LIHEAP/IHWAP:
 Department of Commerce & Economic Opportunity

Su factura de energía refleja servicios de un Suplidor Alternativo? Si la respuesta es si, añada nombre del suplidor _____

Oficina de Asistencia de Energía

Attn: Fraud Unit, 500 E. Monroe, Springfield, IL 62701

Para verificar el estatus de su aplicación, visite www.illinoisliheap.com/status

Agencia: _____ Intake Site: _____

Condado: _____ PY: _____ Fecha de aplicación: _____ Servicio solicitado: _____ # Trabajo IHWAP: _____

Jefe de Familia	Número Seguro Social	Nombre	Género	Fecha Nacimiento	Etnicidad	Eman	Disc	Vet	Salario	SSA	Desempleo	SSI	TANF	GA	Otro		
***_**_*																	
***_**_*																	
***_**_*																	
***_**_*																	
***_**_*																	
***_**_*																	
***_**_*																	
***_**_*																	
Tipo de Vivienda: SF 2-4 5-10 11+ MH GH SRO Renta: \$ _____										Totales:		0	0	0	0	0	0
Dueño/a Hogar: No										Vivienda Subs.	No	SNAP	No	Veterano	No	Ingreso Total: 0	

REFERIDOS:

Wx _____ Medicaid _____ SSI _____ Desempleo _____ Nutrición _____ Life Line _____

Lugar seguro _____ Cuidado Infantil _____ Consejos Conserv. Energía _____ Presupuesto _____ Dpto. Servicios Para Envejecientes _____ Otro _____

DIRECCIÓN: Dirección Servicio: Calle _____ Zona Postal: _____

Ciudad: _____ Cell: (____) _____ (Hogar, cel, vecino, trabajo, etc.)

Tel 1: (____) _____ (Hogar, cel, vecino, trabajo, etc.)

Tel 2: (____) _____ (Hogar, cel, vecino, trabajo, etc.) E-Mail: _____ (E-Mail, vecino, trabajo, etc.)

Dirección Postal: Calle _____ Zona Postal _____

Ciudad _____

APLICACIÓN

(Para uso interno)

PROVEEDOR:

Proveedor Prim. _____
 Cliente Paga: _____ Cert Med: _____
 COR: _____
 Combustible _____ # Cuenta _____
 Estatus _____
 Factura Energía Prim _____ / / _____

Proveedor Sec. _____
 Cliente Paga: _____ Cert Med: _____
 COR: _____
 Combustible _____ # Cuenta _____
 Estatus _____
 Factura Energía Sec _____ / / _____

Prior Weatherization Date _____ / / _____ LIHEAP Furnace Date _____ / / _____
 Re-Determination IHWAP _____ / / _____ Documentation: Rec'd _____ / / _____
 Eligible Due to : 50%Rule _____ Rec'd Date _____
 Eligible Due to : HTF _____ Eligible Due to : Income _____
 Eligible Due to : LIHEAP _____ Household Income _____
 Eligible Due to : 66%Rule _____ Household SS#'s _____
 Eligible Due to : Auto _____ Home Ownership _____ / / _____

PREGUNTAS SUPLEMENTARIAS

- Tiene un Aviso de Atraso de su Proveedor Primario/Principal Combustible de Calefacción: _____
- Combustible de Calefacción Suplementario (Seleccione uno): _____
- Equipo Primario de Aire Acondicionado (Escoja uno): _____
- Número de Habitaciones en su Hogar _____
- Lugar de A/C (Escoja uno): _____
- Número de Unidades de Aire Acondicionado en el Hogar: _____

(Requerido)

- Si o No
- Electricidad, Madera, Otro, Ninguno
- Aire Acondicionado Central, Ventana, Aire Acondicionado de Pared, Ninguno
- Habitaciones, Área Común, Habitaciones & Área Común, Ninguno

Por favor lea y Firme:

NOTICIA IMPORTANTE: Esta agencia estatal está solicitando la divulgación de información necesaria para lograr el propósito estatutorio descrito en la Ley de Asistencia de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos del 1981 (Low Income Home Energy Assistance Act of 1981) según enmendada. La divulgación de ésta información es REQUERIDA. El no proveer cualquier información resultará en que ésta aplicación no sea procesada. Ésta aplicación ha sido aprobada por el Centro de Manejo de Formas del Estado (State Forms Management Center).

Declaración del Aplicante: Yo certifico que la información que he provisto arriba es una divulgación correcta y completa de la información requerida. Yo también certifico que cada miembro del hogar en la aplicación es ciudadano de los Estados Unidos o residente elegible de Illinois sin importar el estatus migratorio según las reglas de LIHEAP/IHWAP. Yo autorizo a ésta agencia a verificar la información y contactar a mi suplidor de energía, arrendador, patrono y/u otras fuentes para verificación o información adicional e intercambiar información contenida en o usada sobre mi aplicación y participación en LIHEAP/IHWAP. Yo autorizo también al Departmento de Comercio y Oportunidad Económica y a mi suplidor de energía a compartir mi uso de energía e información de factura de energía durante el periodo de venticuatro (24) meses antes de y el periodo de doce (12) meses después de la fecha de someter mi aplicación y/o haber completado los servicios de LIHEAP e IHWAP con el propósito de evaluación y análisis de los programas. Yo he recibido información detallando mis derechos de apelación.

Yo entiendo que el completar ésta aplicación no garantiza que mi hogar recibirá asistencia. El propósito de éste documento es proveer un resumen de mi aplicación para referencia futura.

Fecha _____ / _____ / _____ Fecha _____ / _____ / _____

Firma del Aplicante

Firma de Verificación de Elegibilidad/Determinación

Firma del Intake Worker

Firma Autorización de Pago

Yo entiendo que todas las fuentes de ingreso de cada miembro del hogar será verificada por el Estado de Illinois. _____ Iniciales _____ Fecha _____