

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHWAP)

Para solicitar el beneficio de asistencia para agua, debe completar todas las preguntas del frente y reverso y firmar donde está la "X" de color rojo.

Si no comprende estas instrucciones, comuníquese con la oficina de asistencia del condado de su área.

1 Complete esta sección con los datos del cabeza de familia. *Use los códigos de la página 2 para ayudar a proporcionar los detalles.

Nombre (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	
Dirección particular (incluya calle y número, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4)					
Dirección postal, si es diferente (incluya calle, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4)					
Condado en el que reside	Número de teléfono: ()	Ciudadanía*	Raza (opcional)*	Grupo étnico (opcional)*	Estado civil*
Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2 Enumere las personas que viven con usted en esta dirección. Incluya a todos los niños y adultos. Incluya a las personas que son parientes. Incluya a todas las personas que no son parientes, pero que comparten los gastos del grupo familiar. No incluya a ninguna persona que esté en la cárcel/prisión. No incluya al miembro del grupo familiar indicado en el bloque 1.

Use los códigos a continuación para ayudar a proporcionar los detalles para cada persona en su grupo familiar.

CIUDADANÍA*: (1) Ciudadano de los Estados Unidos, (2) Extranjero residente permanente, (3) Extranjero residente temporal, (4) Refugiado, (5) Otros –no elegibles para recibir beneficios (Quienes no son ciudadanos de los EE.UU. deben proporcionar comprobantes de su estado extranjero).

RAZA*: (opcional) (1) Negro o afroamericano, (3) Indígena norteamericano o nativa de Alaska, (4) Asiático, (5) Blanco, (7) Nativo de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico. Liste todos los grupos que correspondan.

GRUPO ÉTNICO*: (opcional) (1) No hispano, (2) Hispano o latino

ESTADO CIVIL*: (1) Soltero/a, (2) Casado/a, (3) Unión de hecho, (4) Separado/a, (5) Divorciado/a, (6) Viudo/a

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo M/F	Número de Seguro Social	Ciudadanía*	Raza* (opcional)	Grupo étnico* (opcional)	Estado civil *	Relación con usted
Persona 1								
Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo M/F	Número de Seguro Social	Ciudadanía*	Raza* (opcional)	Grupo étnico* (opcional)	Estado civil *	Relación con usted
Persona 2								
Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo M/F	Número de Seguro Social	Ciudadanía*	Raza* (opcional)	Grupo étnico* (opcional)	Estado civil *	Relación con usted
Persona 3								
Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo M/F	Número de Seguro Social	Ciudadanía*	Raza* (opcional)	Grupo étnico* (opcional)	Estado civil *	Relación con usted
Persona 4								
Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								

Si viven otras personas en su hogar, proporcione la información correspondiente de dichas personas en una hoja de papel adicional y envíela junto con esta solicitud.

3 Proporcione información sobre los ingresos de las personas de su grupo familiar. Proporcione información sobre todos los ingresos, antes de impuestos y deducciones. Los tipos/fuentes de ingresos incluyen dinero proveniente de: empleo, beneficios para veteranos, compensación por desempleo, beneficios por neumoniosis o pulmón negro, Seguro Social, manutención, compensación a trabajadores, intereses/dividendos, ingresos de alquileres.

Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?

DHS USE ONLY	County	District	Record Number
	Application registration number	<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Rejected	
			Date

4

¿Está usted, o alguna persona de su grupo familiar, fugándose para evitar acciones legales o para evitar ser detenido por un delito, o por un intento de delito que sería clasificado como un delito grave? Sí No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? _____

5

Es usted:

Alquiler Alquilando una vivienda subsidiada / Sección 8 Compañero de cuarto no relacionado
 Dueño de una casa o estás comprando una casa Otro: _____

6

Si está alquilando, ¿se incluye alguno de los siguientes en el pago del alquiler? (marque ambos si corresponde):

Agua potable Aguas residuales (sewage)

7

Marque cualquiera de los siguientes que se apliquen y proporcione una explicación si es necesario:

Se ha cortado el agua potable Aviso de corte de agua potable Atrasos en el pago de agua potable
 Se ha cortado el aguas residuales Aviso de corte de aguas residuales Atrasos en el pago de aguas residuales

Explicar:

8

¿Qué compañía de servicios públicos desea usted que reciba su subsidio LIHWAP? Especifique el nombre y dirección y la información de su cuenta.

Nombre de la empresa proveedora del servicio público	Número de cuenta
Dirección (incluya calle y número, ciudad, estado y código postal+4)	Nombre en la cuenta

Si desea que se paguen las dos cuentas de agua y tiene dos compañías distintas, facilite los datos de la segunda compañía a continuación:

Nombre de la empresa proveedora del servicio público	Número de cuenta
Dirección (incluya calle y número, ciudad, estado y código postal+4)	Nombre en la cuenta

9

Si vive en una vivienda subsidiada/pública, ¿recibe un cheque en concepto de asignación para servicios públicos? Sí No

Si la respuesta es **sí**, ¿cuánto recibe? \$ _____

10

¿Alguien en su grupo familiar recibe asistencia económica por una discapacidad? Sí No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? _____

11

¿Alguna de las personas está o ha estado en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? _____

¿Alguna de las personas es la viuda, cónyuge o hijo/a (menor de 18 años de edad) de alguien que esté o haya estado en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? _____

Certificación

1. Al firmar esta solicitud otorgo mi permiso al Departamento de Servicios Humanos o a su agente autorizado para: (a) verificar cualquier información que facilite sobre mi lugar de residencia, mis empleos, ingresos, recursos, suministro de agua y proveedor de agua; (b) compartir información con mi proveedor de agua y recibir información de mi proveedor de agua para permitir que el DHS obtenga un registro de mi consumo anual de agua, el coste y la información de facturación con fines de evaluación, funcionamiento o elaboración de informes del programa; y (c) contestar cualquier encuesta en relación con la asistencia de agua.
2. Dar esta información (incluido su número de seguridad social [SSN]) es voluntario; sin embargo, si no proporciona la información solicitada, el procesamiento de su solicitud o su posibilidad de recibir los beneficios podrían interrumpirse o demorarse. Si no proporciona el SSN o no completa la información de abajo, es posible que no sea elegible para recibir los beneficios.
 Certifico que: (marque todas las opciones que correspondan)
 - Proporcioné los números de Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar.
 - A mi leal saber y entender, estos miembros del grupo familiar no tienen números de Seguro Social:
4. Entiendo que tengo el derecho de apelar cualquier decisión o demora excesiva en la decisión que considere incorrecta con respecto a esta solicitud.
5. Declaro que mi residencia legal es en Pennsylvania.
6. Entiendo que el/los número(s) de Seguro Social provisto(s) será(n) utilizado(s) en la administración de este programa, incluyendo referencias cruzadas con otros programas.
7. Entiendo que me enviarán una notificación de aprobación o de denegación y que, si soy aprobado, dicha notificación indicará la cantidad de mi beneficio.
8. Entiendo que si mi hogar es elegible para un beneficio de LIHWAP en efectivo o por crisis, el beneficio debe ser enviado directamente a mi proveedor de servicios públicos.
9. Certifico que, sujeto a las penalizaciones previstas por ley, la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa.
10. Sé que si proporciono información falsa, puedo ser penado con multa o prisión.
11. Entiendo, al firmar esta solicitud, que quizás no sea aprobado debido a que el dinero del programa LIHWAP se haya agotado.
12. Si no he entendido algo o algo me ha confundido, he hablado con la oficina de asistencia del condado (u otra persona o agencia).

Nombre en letra de imprenta _____ Nombre en letra de imprenta _____

- Los siguientes miembros del grupo familiar, en ejercicio de sus derechos según la Sección 7 de la Ley de Privacidad de 1974, se niegan a divulgar sus números de Seguro Social o no pueden hacerlo por ser víctimas de violencia doméstica:

Nombre en letra de imprenta _____ Nombre en letra de imprenta _____

3. Autorizo la divulgación de la información de elegibilidad del LIHWAP a mis proveedores de agua y les permito buscar la asistencia para la que yo pueda ser elegible. La ayuda puede incluir beneficios de LIHWAP en efectivo o por crisis.

Aviso de ley de privacidad. Autoridad: el título 42, sección 405(c)(2)(C)(i), del Código de los Estados Unidos (USC) autoriza la recopilación de esta información.
Propósito: El Departamento de Servicios Humanos (DHS) usará esta información para identificar y verificar los ingresos de los solicitantes.
Usos de rutina: El personal y los proveedores del DHS recibirán y usarán esta información, al igual que otros agentes que la necesiten para la administración del LIHEAP. Además, el DHS puede compartir la información con otras agencias gubernamentales o en informes para los representantes legislativos, según lo requiera la ley federal o la ley de Pennsylvania.

Firme aquí – Use tinta

X

 Firma _____ Fecha

Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? Sí No
SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia.
 Si desea ayuda para completar el formulario de inscripción para votar, podemos ayudarlo. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA)

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

Si tiene una discapacidad y necesita esta solicitud impresa con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra **línea de ayuda al número 1-800-692-7462.**
Para servicios de TDD, llame a PA Relay al 711.