



AND READ THIS!

CAMBIOS EN EAP (POR SUS SIGLAS EN INGLES) AÑO DE BENEFICIOS 2024-2025

- 1) FECHAS DEL PROGRAMA 01 DE OCTUBRE DE 2024 – 14 DE ABRIL DE 2025
- 2) NO ESTÁ OBLIGADO A TENER COPIAS DE SU IDENTIFICACIÓN O TARJETAS DE SEGURIDAD SOCIAL. POR FAVOR TENGA EL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA DISPONIBLE PARA SER VISTO SI SE SOLICITA.
- 3) TENDRÁ QUE PROPORCIONAR NÚMEROS DE SEGURIDAD SOCIAL COMPLETOS EN LA SOLICITUD PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR.
- 4) SI TIENE UN CRÉDITO DE \$250.00 PARA GAS NATURAL, NO PODREMOS AYUDARLE CON LOS BENEFICIOS REGULARES AUNQUE SU FACTURA SEA INFERIOR A ESA CANTIDAD.
- 5) LOS MONTOS DE LOS BENEFICIOS SERÁN MENORES A LOS DE AÑOS ANTERIORES.
- 6) PODRÁ REGRESAR UNA VEZ DESPUÉS DEL 15 DE MARZO, POR CRISIS, SI HAY FONDOS DISPONIBLES. SI NO HAS ALCANZADO EL MONTO MÁXIMO, DEBERÁS HACER UNA CITA.
- 7) SI SE LE SOLICITA INFORMACIÓN, DEBE SER RETORNADA DENTRO DE LOS 10 DÍAS HÁBILES

Ángela Riley

DIRECTORA DE EAP



Estimado cliente,

Debido a los cambios que se han producido con CenterPoint, necesitaremos una copia de su factura de servicios públicos para que coincida con la fecha de su solicitud.

Solicitud del Programa de asistencia energética de Indiana para el año 2025

INSTRUCCIONES

- **Tenga en cuenta que el Programa de asistencia energética de Indiana ofrece un pago único de beneficios.** No se trata de una asistencia mensual recurrente y no está diseñada para cubrir todos los costos de servicios públicos durante un año.
- Si actualmente está programado para una desconexión o ya está desconectado de algún servicio público, o si se está quedando sin
 - si se quedó sin combustible para calefacción a granel, marque la casilla para informar a la agencia que se encuentra en crisis.
- Identifique a cualquier persona en el hogar que pueda ser empleado/miembro del personal, miembro de la junta o subcontratista de la agencia a la que se postula, o que esté relacionado con cualquiera de estos roles.
- Por favor complete el formulario de solicitud **en su totalidad**, incluyendo los campos con opciones de sí/no.

Parte I: Información de contacto

- **Llene toda la información por completo**, incluido el nombre completo y los últimos cuatro dígitos del SSN de la persona que esta completando la solicitud para el hogar. Si no llena la información completa o no proporciona buenos métodos de contacto, puede demorar el procesamiento de la solicitud o dar lugar a una denegación.
- Si no tiene una dirección postal alternativa a su dirección particular, deje ese campo en blanco.

Parte II: Información sobre el hogar y los servicios públicos

- Por favor, rellene todos los campos completamente.
- Por favor, envíe sus facturas **actuales** de electricidad y calefacción o estados de cuenta junto con su solicitud.

Parte III: Ingresos y beneficios

- Complete todos los campos, indicando **todas** las formas de ingresos recibidos por cualquier miembro del hogar en los últimos tres meses.
- Por favor, presente documentación **actual** de ingresos junto con su solicitud.
- Si algún miembro de su hogar ha **pagado** la manutención infantil en los últimos tres meses, presente comprobante de los pagos para que la manutención infantil se deduzca de los ingresos del hogar.

Parte IV: Miembros del hogar y datos demográficos

- **Por favor incluyase como miembro del hogar número 1.**
- **Debe incluir todas las personas que residen en la dirección de solicitud a la fecha de solicitud.**
- Debe completar **todos los campos** para **todas las personas**. Si no completa la información demográfica, se demorará el procesamiento de su solicitud, ya que el proveedor de servicios local deberá comunicarse con usted para recopilar esta información. Necesitamos los números de Seguro Social completos de todos los miembros del hogar.
- **Si hay más de ocho personas en su hogar, necesitará un anexo para enumerar a las demás miembros.**
Por favor comuníquese con su proveedor de servicios local para obtener el archivo adjunto y marque la casilla para notificar al personal que está procesando su solicitud que hay más de cuatro personas presentes.
- Utilice los códigos proporcionados para identificar la raza, la etnia y el estado militar de cada miembro del hogar.

Parte V: Certificación

- La falta de firmar y fecha de la declaración de certificación invalidará su solicitud.

Enviando su solicitud

- **Envíe su solicitud al proveedor de servicios local que administra el EAP en su condado**, no a la IHEDA.
- Si no sabe quién es su proveedor de servicios local, puede identificarlo llamando al 2-1-1 o visitando <http://eap.iheda.in.gov>. También debe figurar en el frente de la solicitud.
- Por favor envíe los siguientes documentos con su solicitud (se aceptan fotocopias):

1. Documentación actual de los ingresos de todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Esto puede incluir:

- Empleo/salarios
 - *Talón de pago **más reciente**
 - *Formulario de solicitud de información de ingresos: comuníquese con el proveedor de servicios local
- Beneficios del Seguro Social/SSI/VA
 - *Carta de adjudicación completa más reciente (se puede descargar en línea)
 - Extracto bancario completo
- Pensión/jubilación
 - Carta de adjudicación
- Trabajo por cuenta propia
 - Declaración de impuestos más reciente del Formulario 1040, con todos los cronogramas de trabajo por cuenta propia correspondientes
- * Beneficios por desempleo
 - Formulario de divulgación de información completo para DWD.
 - Impresión completa de su estado de cuenta de Uplink más reciente.
- Pensión alimenticia/manutención conyugal/compensación laboral/discapacidad privada
 - * Cualquier documentación de pagos recibidos.
- Trabajos ocasionales/ingresos irregulares/sin ingresos
 - Formulario de verificación de ingresos completo: comuníquese con el proveedor de servicios local
- Si tiene alguna pregunta sobre la documentación aceptable, comuníquese con su proveedor de servicios local.

2. Facturas actuales y completas de sus servicios de electricidad, calefacción y agua/aguas residuales.

- Si calienta con combustible entregable a granel, proporcione el recibo de entrega más reciente.
 - Si los servicios públicos están incluidos en su alquiler, proporcione la Declaración jurada del propietario completa.
 - ¡Asegúrese de proporcionar el estado de cuenta completo!
- Dependiendo de las circunstancias del hogar, puede que se requiera documentación adicional. Comuníquese con su proveedor de servicios local si tiene alguna pregunta adicional.



Aviso de privacidad y sus derechos y responsabilidades

Disposiciones de la Ley de Privacidad: Las leyes federales nos exigen que le informemos sobre sus derechos y responsabilidades antes de recopilar y utilizar información sobre usted que esté clasificada como privada o confidencial. Este formulario le proporciona información importante que cumple con la Ley de Privacidad federal de 1974, 5 USC § 552a(e)(3).

Lea atentamente este Aviso de privacidad antes de completar y firmar la solicitud del Programa de Asistencia Energética de Indiana y consérvelo en sus registros para su uso futuro. Este Aviso de privacidad se aplica al Programa de Asistencia Energética (EAP) y al Programa de Asistencia para Climatización (WAP).

¿Por qué recopilamos la información en la aplicación?

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

- Para conocerlo y diferenciarlo de otras personas.
- Para ver si califica para recibir asistencia.
- Para permitirnos obtener fondos federales o estatales por la asistencia que recibe.
- Para cumplir con los requisitos de informes federales o estatales.

¿Tienes que darnos la información?

Usted tiene derecho a no darnos la información que le solicitamos.

¿Qué pasa si nos das o no nos das la información?

Si nos proporciona la información solicitada en la solicitud, su solicitud será tramitada. Si no nos proporciona dicha información:

- No se procesará su solicitud.
- Es posible que no reciba servicios.
- Es posible que no reciba ayuda con las facturas de energía.
- Es posible que sus servicios sufran demoras.

Conservaremos cualquier información que nos proporcione, independientemente de que su solicitud sea aprobada o no.

¿Quién puede ver esta información?

Las siguientes personas pueden recibir información contenida en su solicitud si: (i) necesitan acceso a la información de la solicitud para realizar su trabajo en relación con el EAP y el WAP, o (ii) están autorizados por la ley federal o estatal para recibirla, o (iii) usan la información para informes, para medir resultados y para referencias y propósitos de elegibilidad:

- Proveedores de servicios de programas de energía locales bajo contrato con IHCA.
- Auditores de programas según lo requieran o permitan las circulares de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB).
- Departamentos de Salud y Servicios Humanos y Energía de los Estados Unidos.
- Personas autorizadas de conformidad con una orden judicial o citación.
- Sus compañías de energía para programas de energía y asequibilidad.
- Administración del Seguro Social de los Estados Unidos.
- Otras agencias o entidades según lo permita la ley federal o estatal.

¿Por qué recopilamos números de Seguro Social?

Utilizamos números de Seguro Social en la administración del EAP y el WAP para asegurar que los solicitantes elegibles y los miembros de su familia reciban únicamente los beneficios permitidos. La ley federal nos permite exigirle que revele su número de Seguro Social para procesar su solicitud y prevenir, detectar y corregir fraudes y abusos. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) de la Ley del Seguro Social, 42 USC § 405(c)(2)(C)(i).


¿Por qué te pedimos información sobre tu raza?

Esta información se compila y registra únicamente con fines estadísticos y se incluye en nuestros informes obligatorios a nivel federal.

El programa no discrimina por motivos de raza u origen étnico, religión, género, orientación sexual, ideología o afiliación política.

Solicitud del Programa de Asistencia Energética de Indiana

Año del programa 2025

	CAPE 401 SE 6th Street, Suite 001 Evansville, IN 47713 (812) 425-4241 www.capeevansville.org eap@capeevansville.org Angela Riley, Directora		Solo para uso de proveedores y agencias	
			Fecha de recepción:	
			Número de solicitud:	
			<input type="checkbox"/> Envío por correo <input type="checkbox"/> Cita <input type="checkbox"/> Difusión/Visita domiciliaria/Otros	
			El hogar está desconectado o sin combustible: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		El hogar tiene aviso de d/c o menos del 25% de combustible: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		La fuente de calor del hogar no funciona: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<p>Si le desconectaron el servicio público o está programado que lo desconecten, o si se le acabó el combustible prepago para entrega a granel, comuníquese con su proveedor de servicios local mencionado anteriormente para solicitar una cita de emergencia. Si necesita otras opciones de emergencia, llame al 2-1-1.</p> <p><input type="checkbox"/> Marque aquí si su servicio de electricidad o calefacción está desconectado o programado para ser desconectado, o si tiene poco o ningún combustible para calefacción a granel o electricidad prepaga.</p>				
<p>¿Alguna persona de este hogar está afiliada a la agencia mencionada anteriormente como: empleado o miembro del personal, voluntario, miembro de la junta o subcontratista, o es pariente de algún empleado, miembro del personal, voluntario, miembro de la junta o subcontratista? Los parientes incluyen padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tía, tío, sobrina, sobrino, suegro, nuera, cuñado, abuelo político o nieto político.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (por favor identifique al miembro y la relación): _____</p>				
Parte I: Información de contacto				
Nombre del solicitante		Últimos cuatro dígitos del SSN	Condado	
		xxx-xx-		
Dirección física (incluido el número de apartamento/lote/tráiler, si corresponde)		Ciudad	Estado	Código postal
			IN	
Si tiene un apartado postal o una dirección postal alternativa, indíquela a continuación. De lo contrario, déjela en blanco.				
Proporcione al menos una forma de información de contacto. Si no proporciona información de contacto precisa, es posible que se demore el procesamiento de su solicitud. Es su responsabilidad controlar su correo electrónico, correo postal, buzón de voz y mensajes SMS/MMS para ver si hay mensajes relacionados con su solicitud y responder de manera oportuna. Si no responde de manera oportuna a las solicitudes de información o documentación adicional, se rechazará su solicitud.				
Número de teléfono	Operador de telefonía móvil	Dirección de correo electrónico: <input type="checkbox"/> marque la casilla si no desea recibir notificaciones por correo electrónico <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Teléfono fijo	<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> No deseo recibir notificaciones de texto		
Parte II: Información sobre el hogar y los servicios públicos				
Tipo de vivienda (marque una)		Servicios públicos y pagos		
<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar construida en el sitio <input type="checkbox"/> Multi-unidad (apartamento, condominio, dúplex, etc.) <input type="checkbox"/> Casa móvil <input type="checkbox"/> Otro: _____		Proveedor de electricidad: _____ <input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler		
Propiedad de vivienda (marque una)		Proveedor de calefacción: _____ <input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler		
<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Fuente de calor primaria (marque una)	Combustible de calefacción principal (marque una opción)		¿Tiene una fuente de calor secundaria instalada?	
<input type="checkbox"/> Horno/bomba de calor <input type="checkbox"/> Zócalo/Unidad de Pared <input type="checkbox"/> Estufa de leña <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Aceite combustible <input type="checkbox"/> Madera/Pellets <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____	
¿Esta funcionando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
El programa de climatización proporciona medidas de conservación de energía para reducir las facturas de servicios públicos de los residentes de Indiana elegibles en todo el estado. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Estaría interesado en que su hogar sea referido al programa de climatización?				
Parte III: Ingresos y beneficios				
Indique todos los tipos de ingresos recibidos por cualquier miembro del hogar en los últimos tres meses. Marque todas las opciones que correspondan.				
<input type="checkbox"/> Empleo/salario (incluya el recibo de sueldo actual con el ingreso bruto hasta la fecha) <input type="checkbox"/> Jubilación del Seguro Social/Discapacidad/SSI (incluya una carta de adjudicación actual o un extracto bancario) <input type="checkbox"/> Discapacidad/pensión del VA (incluya una carta de adjudicación actual o un extracto bancario) <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia (incluya la declaración de impuestos 1040 completa más reciente) <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo (incluya la declaración actual de Uplink o la declaración completa del DWD)		<input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación (incluir carta de adjudicación, extracto bancario o recibo de sueldo) <input type="checkbox"/> Trabajos ocasionales/ingresos irregulares (incluya la declaración jurada de verificación de ingresos completa) <input type="checkbox"/> Sin ingresos (incluya la declaración jurada de verificación de ingresos completa) <input type="checkbox"/> Otro: _____ (contactar a la agencia para obtener orientación sobre la documentación)		
¿Algún miembro del hogar recibe alguno de los tipos de asistencia que se enumeran a continuación? Marque todas las que correspondan.		¿Algún en el hogar ha pagado la manutención infantil en los últimos tres meses?		
<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos (SNAP) <input type="checkbox"/> SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) <input type="checkbox"/> TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (por favor presentar comprobante de pago)		

Por favor complete y firme la página 2 – La solicitud no es válida sin firma y fecha.

Utilice únicamente tinta azul o negra y asegúrese de completar todos los campos. Si no completa la solicitud en su totalidad, el procesamiento puede demorarse.

Número de solicitud: _____

Parte IV: Miembros del hogar											
Enumere a todas las personas que residen en el hogar, incluido usted mismo. Marque aquí y adjunte una hoja adicional si hay más de ocho personas en el hogar. <input type="checkbox"/>											
Solicitante	Apellido y sufijo	Primer Nombre	Inicial segundo nombre	Número de Seguro Social completo	¿Ciudadano o extranjero calificado?	Fecha de nacimiento	Género	¿Tiene una discapacidad?	Raza	Etnia	Estatus Militar
									Utilice los códigos que se indican a continuación		
1					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
6					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
7					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
8					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Códigos de Raza					Códigos de etnicidad			Códigos de estatus militar			
A - Asiático; B - Negro o afroamericano; I - Indio americano o nativo de Alaska; P - Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico; W - Blanco; M - Multirracial; O - Otro					H - Orígenes hispanos, latinos o españoles; N - No es de origen hispano, latino o español			A - Militar en servicio activo V - Veterán N - Sin afiliación			
Parte V: Certificación											
<p>Descargo de responsabilidad: Al escribir mi nombre, pretendo firmar esta declaración y comprendo que firmar y enviar esta declaración mediante una firma electrónica es el equivalente legal a mi firma manuscrita. Certifico bajo las sanciones por perjurio y fraude que la información, tras una investigación razonable, proporcionada en esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que se me puede solicitar que verifique estas declaraciones y por la presente doy mi consentimiento al Estado de Indiana, incluida la Autoridad de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Indiana (el "Estado de Indiana"), y a la agencia a la que solicito ayuda para que se comuniquen con las personas necesarias para verificar estas declaraciones. Certifico que soy un adulto que reside en este hogar y que figura en esta solicitud, o que tengo un poder legal para un adulto que reside en este hogar y figura en esta solicitud. Certifico que actualmente soy residente de Indiana, he sido residente de Indiana durante al menos treinta (30) días y soy un solicitante del Programa(s) de Asistencia Energética y/o Asistencia de Climatización (el "Programa"). Certifico que todos los miembros de mi hogar son ciudadanos de los Estados Unidos, nacionales de los Estados Unidos o no ciudadanos calificados según 8 USC §1641(b) y son elegibles para recibir beneficios financiados por los contribuyentes federales, excepto según lo identificado en esta solicitud. Reconozco que cualquier servicio o material proporcionado a mi hogar será un regalo sin contraprestación o pago por mi parte. También entiendo que el Estado de Yo doy permiso al Estado de Indiana y a la agencia a la que solicito asistencia para obtener información de mi proveedor de energía, incluso sobre mi consumo de energía y el historial de pagos. Entiendo que el Estado de Indiana puede usar la información proporcionada en este formulario para fines de investigación, evaluación y análisis. Indiana puede usar la información proporcionada en este formulario para ver si califico para algún otro programa de asistencia. 4/ Por la presente, libero al Estado de Indiana, al Proveedor de Servicios Local u otra entidad de cualquier responsabilidad que resulte de la prestación de estas actividades. No he recibido garantías expresas o implícitas con respecto a la recepción de estos servicios. También reconozco que si no cumplo con el Programa, tergiverso o no suministro cualquier información solicitada en esta solicitud, o si firmo o presento esta solicitud o cualquier documentación de respaldo sin la autoridad legal para hacerlo, puedo dejar de ser elegible para recibir Asistencia Energética y/o Asistencia de Climatización y se me puede exigir que reembolse cualquier asistencia y/o beneficios que el hogar haya recibido en función de dicho incumplimiento, tergiversación u omisión. Entiendo que soy el único responsable de proporcionar mi información de contacto correcta al Estado de Indiana o a la agencia a la que solicito asistencia y de revisar mi correo de voz, correo electrónico, mensajes SMS/MMS o buzón físico para comunicaciones y notificaciones relacionadas con el Programa. Los beneficios del Programa de Asistencia Energética se brindan sin distinción de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, ascendencia, estado familiar o condición de veterano.</p> <p>Los beneficios del Programa de Asistencia Energética se brindan sin distinción de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, ascendencia, estado familiar o condición de veterano</p>											
Firma del solicitante (requerido)							Fecha (requerido)				

Solicitud del Programa de Asistencia Energética de Indiana

Año del programa 2025

Complete y devuelva con su solicitud si su hogar tiene más de ocho miembros.
 Este formulario no es necesario si el hogar está formado por ocho personas o menos.
 Proporcione la dirección y la información del solicitante para que podamos hacer coincidir este archivo adjunto con la solicitud principal.

Nombre del solicitante			Condado		
Dirección física (incluido el número de apartamento, lote o remolque)			Ciudad	Estado	Código Postal
				IN	

Parte IV: Miembros del hogar (continuación)

Enumere todas las personas que residen en este hogar que no estén incluidas en el formulario de solicitud principal.

	Apellido y sufijo	Primer Nombre	Inicial segundo nombre	Número de Seguro Social completo	¿Ciudadano o Extranjero calificado?	Fecha de nacimiento	Género	¿Tiene una discapacidad?	Utilice los códigos que aparecen a continuación		
									Raza	Etnia	Estatus Militar
9					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
11					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
12					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
13					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
14					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
15					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
16					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otros/No binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Códigos de raza	Códigos de etnicidad	Códigos de estatus militar
A - Asiático; B - Negro o afroamericano; I - Indio americano o nativo de Alaska; P - Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico; W - Blanco; M - Multirracial; O - Otro	H - Orígenes hispanos, latinos o españoles; N - No es de origen hispano, latino o español	A - Militar en servicio activo V - Veteran N - Sin afiliación

Declaración jurada de verificación de ingresos del Programa de asistencia energética

Este formulario debe ser completado por cualquier persona que declare cero ingresos o ingresos no documentados durante cualquiera de los tres anteriores a la solicitud. Este formulario debe ser completado en su totalidad.

Miembro del hogar: _____ Clave de aplicación: _____ Fecha de solicitud: _____

Sección 1: Complete los tres (3) meses completos inmediatamente anteriores a la fecha de su solicitud. Por ejemplo, si presenta su solicitud en noviembre, debe mostrar los ingresos de agosto, septiembre y octubre. Por favor ingrese los ingresos brutos recibidos para los cuales no tiene documentación. Ingrese cero (0) si no recibió ingresos durante un mes determinado. Si ingresa 0 para cualquier mes, debe completar la sección 2. Cualquier declaración falsa u omisión puede resultar en que se rechace su solicitud.

\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Mayo 2024	Junio 2024	Julio 2024	Agosto 2024	Sept 2024	Oct 2024	Nov 2024	Dic 2024	Ene 2025	Feb 2025	Mar 2025	Abril 2025

La fuente de los ingresos antes mencionados es: _____

(Los ingresos incluyen, entre otros: salarios, trabajo por cuenta propia, trabajos ocasionales, sueldos, comisiones/bonificaciones, participación en las ganancias, pago de vacaciones/enfermedad, propinas, pensiones, pagos por discapacidad, dividendos, intereses, ganancias de juegos de azar, pago militar, pagos de seguros, compensación laboral, beneficios por desempleo o huelga y regalías).

Sección 2: Explique cómo pudo pagar los siguientes gastos si declara ingresos cero durante cualquiera de los últimos 3 meses. Debe completar esta sección EN SU TOTALIDAD si indicó CUALQUIER MES DE INGRESOS CERO en la Sección 1. Marque todas las opciones que correspondan; marque al menos un elemento para cada categoría. Si un familiar o amigo le dio dinero, ingrese el monto total recibido durante todos los meses de ingresos cero que declara.

Marque aquí si todas las necesidades siguientes fueron satisfechas por los ingresos de un padre/cónyuge/pareja/compañero de habitación en el hogar			
Alquiler/hipoteca	Servicios	Alimento	Otros gastos del hogar (higiene/cuidado personal, necesidades médicas, limpieza, etc.)
Apoyo para la vivienda/vale Programa de asistencia: _____ No he pagado/estoy atrasado Un familiar o amigo pagó por mí Un familiar o amigo me regaló el dinero: *Monto: \$ _____	Incluido en el alquiler Programa de asistencia: _____ No he pagado/estoy atrasado Un familiar o amigo pagó por mí Un familiar o amigo me regaló el dinero: *Monto: \$ _____	Beneficios SNAP/WIC Banco de alimentos/despensa de alimentos Programa de asistencia: _____ Un familiar o amigo pagó por mí Un familiar o amigo me regaló el dinero: *Monto: \$ _____	Programa de asistencia: _____ Un familiar o amigo pagó por mí Un familiar o amigo me regaló el dinero: *Monto: \$ _____

Reconozco que el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1001, "Fraude y declaraciones falsas", establece, entre otras cosas, que en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de la rama ejecutiva, legislativa o judicial del Gobierno de los Estados Unidos, cualquier persona que consciente y deliberadamente: (1) falsifique, oculte o encubra mediante cualquier truco, plan o artificio un hecho material; (2) haga cualquier declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta; o (3) haga o utilice cualquier escrito o documento falso sabiendo que el mismo contiene cualquier declaración o entrada materialmente falsa, ficticia o fraudulenta; será multado bajo este título y/o encarcelado por no más de cinco (5) años. Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que al proporcionar información falsa en este formulario estoy sujeto a sanciones penales de conformidad con el IC 35-43-5-3. Autorizo a las agencias estatales y federales a verificar cualquiera de esta información y por la presente doy mi consentimiento para la divulgación de mi Declaración de Impuestos de Indiana para este propósito.

Firma del miembro del hogar

____/____/____
Fecha

DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA

Complete SOLAMENTE si sus facturas de servicios públicos están a nombre de alguien que no reside en el hogar.

Nombre del solicitante: _____	Fecha: _____
DIRECCIÓN: _____	Ciudad/Estado/Código postal: _____
Servicio a nombre de una persona que no es miembro del hogar (marque todas las que correspondan):	
Eléctrico	Calefacción
Nombre y dirección actual de la persona que figura en la(s) factura(s) de servicios públicos:	
Nombre: _____	
DIRECCIÓN: _____	
Ciudad/Estado/Código postal: _____	
Relación de la persona que figura en las facturas de servicios públicos indicadas anteriormente con el miembro del hogar (marque una):	
<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja	<input type="checkbox"/> Propietario
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia fallecido
<input type="checkbox"/> Niño/Niña	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Explique las barreras para colocar los servicios públicos mencionados anteriormente a nombre de un miembro actual del hogar:	

Declaración de certificación	
Por la presente certifico que la persona (o personas) mencionada en la cuenta de servicios públicos (o cuentas de servicios públicos) mencionada anteriormente no es residente de este hogar y no realiza contribuciones financieras para el ingreso familiar general. También certifico que he recibido el consentimiento del titular de la cuenta mencionado anteriormente para divulgar o permitir que se divulguen los datos e información de servicios públicos a los fines de la determinación de elegibilidad y la presentación de informes.	
Entiendo que falsificar esta información puede resultar en la descalificación de mi hogar para los beneficios del programa de asistencia administrado por IHCD o requerir que mi hogar reembolse a la agencia cualquier beneficio pagado en nombre de este hogar.	
Firma del jefe de familia: _____	Fecha: _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA (EAP)

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO

Propietario: Por favor complete esta declaración jurada en nombre del residente que solicita recibir beneficios para ayudar con sus gastos de servicios públicos. La información proporcionada es confidencial y no se compartirá con nadie. Otra organización o agencia gubernamental. Complete únicamente con tinta azul o negra.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (puede ser completada por el solicitante, el encargado de la admisión o el propietario)

Nombre del solicitante:	Fecha:
Dirección (incluido número de apartamento/lote):	Teléfono:
Ciudad:	Estado: IN Código postal:

SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA Y LOS SERVICIOS PÚBLICOS: solo el propietario, el dueño de la propiedad, el agente de alquiler o la persona autorizada designada deben completar esta información. Todos los campos son obligatorios.

Los costos de electricidad son (marque una):	Los costos de calefacción son (marque una opción):	Fuente de calefacción principal instalada (marque una):
Responsabilidad del arrendador, incluido en la mensualidad que el inquilino paga de alquiler. Responsabilidad del inquilino, pero a nombre del propietario Responsabilidad del inquilino Pagado al propietario pero no incluido en el alquiler (Cantidad: \$ _____)	Responsabilidad del arrendador, incluido en la mensualidad que el inquilino paga de alquiler. Responsabilidad del inquilino, pero a nombre del propietario Responsabilidad del inquilino Pagado al propietario pero no incluido en el alquiler (Cantidad: \$ _____)	Horno eléctrico Zócalo eléctrico Unidad de pared eléctrica Horno de gas natural Horno de propano líquido Horno de fueloil Estufa de leña Estufa de pellets Otros: _____

¿Está operativa la fuente de calor principal?
Sí No

¿Cuánto debe pagar de su bolsillo el inquilino mensualmente por concepto de alquiler después de los subsidios? \$ _____

Se requiere toda la información de contacto.

Otorgo permiso a IHEDA para obtener información de servicios públicos sobre el estado de la cuenta, el costo de energía y los datos de consumo de esta propiedad para el propósito del seguimiento del consumo de datos.	
Nombre del propietario o persona designada autorizada:	Firma del propietario o persona designada autorizada:
DIRECCIÓN:	Fecha:
Ciudad:	Teléfono:
Estado:	Correo electrónico:
Código postal:	



Clave de aplicación: _____

Formulario de elección de pago directo de beneficios del Programa de asistencia energética

Jefe de familia _____

Seleccione una opción de cumplimiento a continuación para el pago directo de su beneficio del Programa de asistencia energética (EAP). Por favor marque una opción.

Me gustaría renunciar a que mi pago directo de beneficios del EAP se aplique directamente a mi electricidad/calefacción (seleccione una opción), que pago por separado. Entiendo que el beneficio completo será pagado a mi proveedor dentro de sesenta (60) días y no recibiré un pago directo.

Me gustaría recibir mi pago directo del beneficio EAP como una Transferencia Electrónica de Fondos (Transferencia depósito). Entiendo que esto puede demorar hasta 120 días para recibirse y está sujeto a cambios adicionales. retrasos si he proporcionado información bancaria incorrecta. He proporcionado mi información bancaria abajo.

Cuenta de cheques Cuenta de Ahorros Nombre del titular de la cuenta: _____

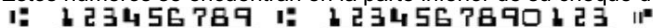
Institución financiera: _____

Número de ruta de la institución financiera:
(debe tener nueve dígitos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de cuenta corriente/de ahorros: _____

Estos números se encuentran en la parte inferior de su cheque de la siguiente manera:



Número de ruta

Número de cuenta

Me gustaría recibir mi pago directo del beneficio EAP como un cheque enviado por correo a mi residencia principal o dirección postal. Entiendo que esto puede demorar hasta 150 días para recibirse y está sujeto a Más retrasos si he proporcionado una dirección incorrecta, si me mudo o debido a operaciones de USPS. Si no devuelve este formulario con su solicitud, su beneficio se emitirá como cheque.

Por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta y verdadera. Entiendo que se me puede solicitar que verifique estas declaraciones y por la presente doy mi consentimiento a la agencia a la que solicito asistencia para que se comunique con las personas necesarias para verificar estas declaraciones. Entiendo que falsificar esta información puede resultar en la descalificación de mi hogar para los beneficios del Programa de Asistencia Energética o requerir que mi hogar reembolse a la agencia cualquier beneficio pagado en nombre de este hogar en función de cualquier declaración falsa u omisión.

Si he elegido recibir el pago de beneficios mediante transferencia electrónica de fondos, por la presente autorizo a la Autoridad de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Indiana ("IHCDA") a iniciar entradas en las cuentas corrientes/de ahorros identificadas anteriormente en la institución financiera mencionada anteriormente y, si es necesario, iniciar ajustes por cualquier transacción acreditada/debitada por error. Esta autorización permanecerá vigente hasta que una persona autorizada notifique por escrito a la IHCDA para cancelarla en un plazo suficiente para brindarles a la IHCDA y a la institución financiera una oportunidad razonable para actuar al respecto. Además, certifico que tengo plena autoridad para ejecutar esta autorización y otorgarle a la IHCDA los derechos aquí contenidos.

Firma del solicitante

Fecha



Cliente de CAPE Encuesta de satisfacción



1. ¿De qué programa(s) CAPE recibió ayuda?

2. ¿Cómo fue la calidad del servicio que usted recibió?

_____ Excelente _____ Muy bien _____ Promedio _____ Justo _____ Pobre

3. ¿Recibió usted la ayuda que solicitó?

_____ Sí _____ No Si no, ¿por qué? _____

4. ¿Hubo algún miembro del personal que le resultó especialmente útil?

5. ¿Qué mejoraría del servicio recibido?

6. Por favor seleccione los servicios adicionales que necesite o si desea más información:

_____ Asistencia energética _____ Rehabilitación ocupada por el propietario _____ Reemplazo de ventanas

_____ Head Start /Early Head Start _____ Climatización _____ Asistencia para el alquiler

_____ Cuenta de Desarrollo Individual (IDA) _____ Prevención de ejecuciones hipotecarias

_____ Educación financiera _____ Preparación para el trabajo _____ Despensa para necesidades de emergencia

_____ Asistencia de emergencia con la factura del agua _____ Asistencia para la vivienda _____ Salud de las minorías

_____ Propiedad de la vivienda _____ Programa de abuelos adoptivos _____ Oportunidades de voluntariado

7. Comentarios adicionales:
