

**APLICACIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA JULIO 2020 - MAYO 2021**

Los Programas de Asistencia de Energía de Ohio pueden ayudar a los residentes de Ohio elegibles según sus ingresos a administrar sus facturas de servicios públicos. El Home Energy Assistance Program (HEAP) (Programa de Asistencia de Energía para el Hogar) y el Programa HEAP de emergencia aplican el beneficio directamente a la factura de servicios públicos de un cliente. El Percentage of Income Payment Plan Plus (PIPP) (Plan de Pago de Porcentaje de Ingreso Plus) es un plan de extensión de pago en el que los clientes aportan un porcentaje de sus ingresos hacia la factura de servicios públicos mensual. Si busca mejorar la eficiencia energética de su hogar, el Home Weatherization Assistance Program (HWAP) (Programa de Asistencia para Climatización del Hogar) o el Electric Partnership Program, (EPP) (Programa de Asociación Eléctrica) pueden ser de ayuda. Para el HWAP o EEP visite [energyhelp.ohio.gov](http://energyhelp.ohio.gov) para encontrar a su proveedor local y comunicarse con ellos para obtener más información.

Puede solicitar el ingreso a los Programas de Asistencia de Energía visitando [energyhelp.ohio.gov](http://energyhelp.ohio.gov) y completando la solicitud en línea, completando esta solicitud y enviándola por correo, o programando una cita con su proveedor local de asistencia de energía o su proveedor de HWAP/EPP. Si envía su aplicación por correo, puede tardar hasta 12 semanas en procesarse. Nota: Los beneficios HEAP se aplicarán a su factura de servicios públicos a partir de enero.

**Para completar esta solicitud necesitará lo siguiente:**

- Constancia de ciudadanía de cada miembro del hogar
- Prueba de ingresos de los últimos 30 días o 12 meses de cada miembro del hogar
- Copias de sus facturas de servicios más recientes
- Verificación de discapacidad (si corresponde)

Un hogar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos como una unidad económica y quienes normalmente pagan la energía residencial en conjunto o hacen pagos no designados para la energía en forma de renta (según la sección 2603 (5) de la Ley de Energía para Ingresos Limitados de 1981). Si reside en una vivienda subsidiada y tiene una factura de servicios públicos a su nombre, puede ser elegible para la asistencia. Se requiere una copia de su factura de servicios o documentos de responsabilidad (ejemplo: una copia de su contrato de alquiler o carta firmada por el arrendador).

Para que una unidad de vivienda sea elegible para beneficios de asistencia de energía, su fuente de calefacción principal debe ser:

- Una empresa de servicios públicos regulada o no regulada (gas y eléctrica)
- Un tanque de combustible individual y permanente (aceite y propano)
- Una chimenea legal (leña)
- Un horno de leña o carbón legalmente ventilado

Los residentes de centros médicos certificados (hospitales, centros de enfermería especializada o centros de cuidado intermedio) o residencias comunitarias de operación pública (por ejemplo: YMCA) no son elegibles. Las casas de hospedaje, los hogares para grupos o los refugios de emergencia no son elegibles para recibir asistencia con los pagos.

Si es elegible, el monto del beneficio del Programa HEAP dependerá de los niveles de financiamiento federal, de cuántas personas viven con usted, del ingreso total del hogar y del combustible principal que se utiliza. En la mayoría de los casos, la compañía de servicios públicos aplica los beneficios directamente a la factura de energía. Si está volviendo a verificar el monto de su PIPP, este se basará en el 10 o 6 % del ingreso total de su hogar en los últimos 30 días, dependiendo de su fuente de calefacción.

**Por medio de esta solicitud puede aplicar a los siguientes programas:**

- Home Energy Assistance Program (HEAP)
- Percentage of Income Payment Plan Plus (PIPP)
- Home Weatherization Assistance Program (HWAP)

**Pautas sobre ingresos 2020-2021**

Tamaño de hogar	Ingreso bruto total anual del hogar		
1	Hasta \$19,140	\$22,330	\$25,520
2	Hasta \$25,860	\$30,170	\$34,480
3	Hasta \$32,580	\$38,010	\$43,440
4	(150 %) Hasta \$39,300	(175 %) \$45,850	(200 %) \$52,400
5	(Para PIPP, EPP) Hasta \$46,020	(Para HEAP, WCP y SCP) \$53,690	(Para HWAP) \$61,360
6	Hasta \$52,740	\$61,530	\$70,320
7	Hasta \$59,460	\$69,370	\$79,280
8	Hasta \$66,180	\$77,210	\$88,240

Al determinar el 150 % de los lineamientos federales de pobreza, los hogares con más de ocho miembros deben agregar \$6,720 a los ingresos anuales o \$552.33 a los ingresos de 30 días por cada miembro adicional. Al determinar el 175 % de los lineamientos federales de pobreza, los hogares con más de ocho miembros deben agregar \$7,840 a los ingresos anuales o \$644.38 a los ingresos de 30 días por cada miembro adicional. Al determinar el 200 % de los lineamientos federales de pobreza, los hogares con más de ocho miembros deben agregar \$8,960 por cada miembro adicional.

**¿Cómo puedo revisar el estado de mi solicitud?**

Para ver el estado de su solicitud, visite [energyhelp.ohio.gov](http://energyhelp.ohio.gov) y abra una cuenta.

**Nota: Los beneficios HEAP se aplicarán a su factura de servicios públicos a partir de enero.**

Si tiene preguntas, contacte a su proveedor de asistencia de energía local o llame al 1-800-282-0880.TDD solo para problemas de audición: llame al 711 o envíe un mensaje desde [energyhelp.ohio.gov](http://energyhelp.ohio.gov) y haga clic en "contact us" (contáctenos).

## Documentación de ciudadanía aceptada

Prueba de ciudadanía estadounidense	Prueba de residente legal/extranjero documentado
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificado de nacimientos/registros hospitalarios de nacimiento</li> <li>2. Registros de bautismo (solo si incluyen el lugar y la fecha)</li> <li>3. Registro del censo indígena</li> <li>4. Registro de servicio militar</li> <li>5. Pasaporte estadounidense</li> <li>6. Ciudadanía verificada por Programa Ohio Work First (OWF)</li> <li>7. Tarjetas de registro de votante</li> <li>8. Tarjetas de seguro social (serán aceptadas las tarjetas de seguro social emitidas por la Administración de Seguridad Social que no incluyan notas del estatus de autorización laboral)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentos de naturalización/certificados de ciudadanía.</li> <li>2. Tarjeta de identificación del INS.</li> <li>3. Tarjetas de extranjero documentado/permisos de entrada.</li> <li>4. Formulario INS I-151 o I-551 (el formulario I-151 no será válido después del 1.º de agosto de 1993).</li> <li>5. Formulario INS I-94 si está anotado con alguno de lo siguiente: a) Secciones 203(a)(7), 207, 208, 212(d)(5), 243(h), o 241(b)(3) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad; o b) una o una combinación de los siguientes términos: refugiado, libertad vigilada o asilo.</li> <li>6. Formulario G-641 del INS para visa permanente, "Solicitud de verificación de información para los registros del INS", cuando tenga la anotación de un representante del INS en la parte inferior por un como admisión legal por motivos humanitarios.</li> <li>7. Documentación que indica que el extranjero está clasificado, en virtud de las Secciones: 101(a)(2), 203(a), 204(a)(1)(a), 207, 208, 212(d)(5), 241(b)(3), 243(h), or 244(a)(3) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad.</li> <li>8. Orden judicial que indique que la deportación ha sido interrumpida, en virtud de la Sección 241(b)(3) o 243(h) o de la Ley de Inmigración y Nacionalidad.</li> <li>9. Formulario I-688 de INS</li> </ol>

## Pruebas de ingresos aceptadas

Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados
<input type="checkbox"/> Carta de adjudicación/beneficio <input type="checkbox"/> Pago impreso/estado de una agencia emisora <input type="checkbox"/> Copia de un cheque o estado de cuenta bancaria que muestre el depósito <input type="checkbox"/> Formulario 1040 del IRS más reciente <input type="checkbox"/> Formulario IRS 1099 más reciente	<input type="checkbox"/> Todos los comprobantes de pago recibidos 30 días desde la fecha de aplicación que incluyan los montos brutos y anuales hasta la fecha recibidos <input type="checkbox"/> Formulario de verificación de empleo completado y firmado	<input type="checkbox"/> Copia de cheque/carta de monto adjudicado <input type="checkbox"/> Documentos del ODJFS/carta de elegibilidad con montos y fechas <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente <input type="checkbox"/> Documentos de autoridad de vivienda <input type="checkbox"/> Comprobantes de pagos recibidos dentro de los 30 días desde la fecha de la solicitud <input type="checkbox"/> Pago impreso/estado de cuenta de una agencia emisora	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta de una institución financiera <input type="checkbox"/> Copia de un cheque o estado de cuenta bancaria que muestre el depósito <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente	<input type="checkbox"/> Comprobantes de pago recibidos dentro de los 12 meses desde la fecha de la solicitud <input type="checkbox"/> Formulario de ingresos de auto-empleo y de gastos de los últimos 12 meses (el formulario está disponible en <a href="http://energyhelp.ohio.gov">energyhelp.ohio.gov</a> ) <input type="checkbox"/> Formulario 1040 del IRS más reciente y Schedule 1 <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente

## Aviso de la Ley de privacidad

DIVULGACIÓN: la divulgación del Número del Seguro Social es obligatoria para recibir los beneficios del HEAP.

AUTORIDAD: Título 45, Sección 96.84 (c) del CFR; Título 42, Sección 405(c)(2)(C)(i), del Código de Estados Unidos (U.S.C.)

USO: el estado utilizará los números de seguro social en la administración del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar con el fin de verificar la información presentada en la solicitud para prevenir, detectar y corregir fraude, malversación y abuso. La información también se utiliza para responder solicitudes de información de otras agencias que ofrecen programas financiados por subvenciones en bloque a los estados para la Asistencia temporal para familias necesitadas o agencias que solicitan información por temas de manutención de niños o con el fin de comprobar la paternidad. El solicitante puede estar sujeto a cargos civiles o penales bajo las leyes federales o estatales, si a sabiendas, presenta declaraciones falsas o fraudulentas.

# Sección de información personal

Número de cliente									

Ingrese la información completa. **UTILICE TINTA AZUL OSCURA O NEGRA.** Si no completa la solicitud en su totalidad, no brinda toda la documentación requerida y no firma la solicitud, se generarán demoras en el procesamiento de dicha solicitud.

Nombre*	Inicial del 2.º nombre	Apellido*
---------	------------------------	-----------

Número de seguro social*	Ciudadano de EE. UU./Residente legal (extranjero calificado)*	Estado militar	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Ningún servicio militar	

Discapacitado* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispánica, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español
--	---	--

Raza	<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii/Otra isla del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca	<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial
	<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca	<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Blanca
		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca	

Beneficios no monetarios	<input type="checkbox"/> Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)/Cupones de alimentos	<input type="checkbox"/> Cupón para cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente	Número de miembros en el hogar
	<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act)	<input type="checkbox"/> Cupón para elección de vivienda	<input type="checkbox"/> Programa Mujeres, bebés y niños (WIC)	
		<input type="checkbox"/> HUD-VASH	<input type="checkbox"/> Otro	

Tipo de familia	<input type="checkbox"/> Padre soltero	<input type="checkbox"/> Adultos no relacionados con hijos	Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> Propio	Estructura de la residencia	<input type="checkbox"/> Casa rodante
	<input type="checkbox"/> Madre soltera	<input type="checkbox"/> Hogar multigeneracional		<input type="checkbox"/> Alquiler		<input type="checkbox"/> Unifamiliar
	<input type="checkbox"/> Hogar biparental	<input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Multifamiliar de poca altura (3 pisos o menos)
	<input type="checkbox"/> Una persona					<input type="checkbox"/> Multifamiliar de gran altura (4 pisos o más)

Dirección de correo electrónico	Número de teléfono (incluyendo el código de área)
	(       )

Método de contacto preferido* <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal
--

Dirección (número y calle incluyendo la ruta)*	Dpto./Lote/Unidad/Piso
--	------------------------

Ciudad*	Estado*	Código postal*	Condado*
---------	---------	----------------	----------

¿La dirección de los servicios públicos es la misma?* <input type="checkbox"/> Igual que la anterior <input type="checkbox"/> Diferente (indique a continuación)
--

Dirección del servicio actual (si es diferente a la indicada anteriormente; número y calle incluyendo ruta)	Dpto./Lote/Unidad/Piso
---	------------------------

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

¿Recibe ayuda con el alquiler?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Organización del arrendador (si usted alquila)
---	--

Nombre del arrendador*	Apellido del arrendador*	Número de teléfono del arrendador (incluyendo el código de área)
		(       )

Dirección postal del arrendador (número y calle incluyendo ruta)*	Dpto./Lote/Unidad/Piso
---	------------------------

Ciudad*	Estado*	Código postal*	Condado*
---------	---------	----------------	----------

**Si existen más miembros en el hogar (cualquier persona que vive bajo su techo en la misma dirección), complete la página 2 de la solicitud. Si tiene más de 5 miembros en el hogar, imprima una página adicional de la sección de miembros del hogar en [energyhelp.ohio.gov](http://energyhelp.ohio.gov) o busque otra aplicación en su proveedor de asistencia de energía local.**

\*Indica la información requerida para procesar su solicitud. Si no completa la solicitud en su totalidad, no brinda la documentación requerida y no firma la solicitud, se generarán demoras en el procesamiento de dicha solicitud.

# Sección de miembros en el hogar

Complete esta sección con la información de las personas que viven en su hogar.

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacitado* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico		Ciudadano de EE.UU./Residente legal (extranjero calificado)*			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanca					
		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca							

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacitado* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico		Ciudadano de EE.UU./Residente legal (extranjero calificado)*			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanca					
		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca							

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacitado* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico		Ciudadano de EE.UU./Residente legal (extranjero calificado)*			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanca					
		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca							

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacitado* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico		Ciudadano de EE.UU./Residente legal (extranjero calificado)*			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanca					
		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca							

Nombre completo*		Número de seguro social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacitado* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispana, latina o de origen español <input type="checkbox"/> No hispana, latina o de origen español					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa/Otra isla del Pacífico		Ciudadano de EE.UU./Residente legal (extranjero calificado)*			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Asiática/Blanca		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska y Blanca		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanca					
		<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana/Blanca							

## Sección de ingresos del hogar\*

Complete la tabla a continuación para los miembros del hogar adicionales. Use la sección adicional (en la página 4), según sea necesario, para registrar otros miembros del hogar con ingresos.

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos <sup>†</sup>	Otras fuentes de ingresos ganados <sup>†</sup>
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro/neumoconiosis	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$

**†Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses**

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos <sup>†</sup>	Otras fuentes de ingresos ganados <sup>†</sup>
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro/neumoconiosis	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$

**†Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses**

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos <sup>†</sup>	Otras fuentes de ingresos ganados <sup>†</sup>
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro/neumoconiosis	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$

**†Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses**

## Sección de ingresos del hogar - continuación

Rellene la tabla a continuación para los miembros del hogar adicionales.

Imprima páginas adicionales para los otros miembros del hogar con ingresos, según sea necesario.

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos <sup>†</sup>	Otras fuentes de ingresos ganados <sup>†</sup>
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro/neumoconiosis	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro <p style="text-align: center;"><b>†Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses</b></p>	<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)
Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$
Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos <sup>†</sup>	Otras fuentes de ingresos ganados <sup>†</sup>
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro/neumoconiosis	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro <p style="text-align: center;"><b>†Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses</b></p>	<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)
Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$
Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$

Nombre		Apellido		
Ingresos fijos	Ingresos laborales ganados	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos <sup>†</sup>	Otras fuentes de ingresos ganados <sup>†</sup>
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Pensión (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro/neumoconiosis	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pago por servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Ohio Works First (TANF, ADC) <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de IRAs/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pagos únicos (liquidaciones de bienes y fideicomisos/ sentencia de divorcio/pagos de aseguradora/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Otro <p style="text-align: center;"><b>†Para estas categorías DEBE proporcionar documentación de ingresos correspondiente a los últimos 12 meses</b></p>	<input type="checkbox"/> Autoempleo (incluye los negocios propios, cuidado de niños, ventas de viviendas, trabajos varios, Ohio Electronic Child Care, etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)
Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 30 días</b> \$
Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$	Ingreso bruto de los <b>últimos 12 meses</b> \$

## Sección de deducciones del hogar\*

Deducciones totales de ingresos del hogar (elijá todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Honorarios de abogado por acuerdos de bienes o fidecomisos	<input type="checkbox"/> Cuentas de gastos por cuidados médicos	<input type="checkbox"/> Reembolso por gastos de trabajo
	<input type="checkbox"/> Pagos de manutención infantil	<input type="checkbox"/> Reducción de gastos de Medicaid (deducibles)	<input type="checkbox"/> Gastos de negocios provenientes de auto-empleo permitidos por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)
	<input type="checkbox"/> Primas de seguros médicos	<input type="checkbox"/> Primas de Medicare	<input type="checkbox"/> Discapacidad a corto y a largo plazo
		<input type="checkbox"/> Planes de medicamentos recetados	
Deducciones totales en los últimos 30 meses	Deducciones totales en los últimos 12 meses		
\$	\$		

**Nota:** se requiere documentación de las deducciones.

## Sección de ingresos elegibles totales del hogar\*

Suma los ingresos totales recibidos por cada miembro del hogar adulto y luego reste las deducciones totales del hogar.

Ingresos totales del hogar (suma los montos de la Sección de ingresos del hogar en las páginas 3 y 4)	Últimos 30 días \$	Últimos 12 meses \$
Deducciones totales del hogar (de la Sección deducciones del hogar en la página 5)	Últimos 30 días - \$	Últimos 12 meses - \$
<b>Total de ingresos elegibles</b>	Ingresos totales del hogar <b>menos</b> las deducciones totales del hogar mencionadas anteriormente \$	Ingresos totales del hogar <b>menos</b> las deducciones totales del hogar mencionadas anteriormente \$
Si corresponde, explique la diferencia de ingresos en los últimos 30 días con relación a los ingresos en los últimos 12 meses.		

**Nota:** Los ingresos obtenidos por manutención infantil y por discapacidad de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA) no se consideran como ingresos. Para obtener una lista completa de ingresos excluidos, visite [energyhelp.ohio.gov](http://energyhelp.ohio.gov). La documentación de ingresos excluidos puede ser necesaria para completar su solicitud.

## Sección de información de servicios públicos\*

¿Cómo calienta su casa?	<input type="checkbox"/> Gas natural	<input type="checkbox"/> Aceite combustible o queroseno	<input type="checkbox"/> Calefacción eléctrica (incluye zócalos)
	<input type="checkbox"/> Gas embotellado o propano (gas licuado de petróleo)	<input type="checkbox"/> Carbón, leña o pellas	<input type="checkbox"/> Otro
Compañía/Proveedor	Número de cuenta	¿Se incluyen los costos dentro del alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene un medidor compartido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del titular de la cuenta	Apellido del titular de la cuenta	Relación con el cliente principal	
¿Desea solicitar HEAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si está inscrito en PIPP actualmente, ¿desea volver a verificar esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Desea inscribirse en PIPP y tener un proveedor de servicios públicos regulado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Brinde la información de su proveedor de servicios eléctricos (si no la proporcionó anteriormente):

Compañía eléctrica/Proveedor	Número de cuenta	¿Se incluyen los costos dentro del alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene un medidor compartido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del titular de la cuenta	Apellido del titular de la cuenta	Relación con el cliente principal	
Si está inscrito en PIPP actualmente, ¿desea volver a verificar esta cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Desea inscribirse en PIPP y tener un proveedor de servicios públicos regulado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

# APLICACIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA JULIO 2020 - MAYO 2021

## Términos del acuerdo

- Acepto** Pagar todos los meses el monto de mi Percentage of Income Payment Plan Plus (PIPP) por mi servicio de electricidad o de gas natural.
- Visitar a mi proveedor de asistencia de energía local o ingresar a [energyhelp.ohio.gov](http://energyhelp.ohio.gov) para volver a presentar mi solicitud al menos una vez al año con mi información del hogar y documentación de ingresos para seguir siendo elegible.
- Contactar a mi proveedor de asistencia de energía local o reportar cualquier cambio el monto de ingresos o en el número de miembros del hogar en [energyhelp.ohio.gov](http://energyhelp.ohio.gov), dentro de los primeros 30 días posterior al cambio.
- Aceptar cualquier programa de energía eficiente ofrecido por la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio (Development) o sus proveedores designados, de ser elegible.
- Permitir que mis compañías de servicios públicos proporcionen mi nombre, dirección, número telefónico, información sobre los miembros del hogar, monto por consumo de servicios, y monto total vencido a Development y a las agencias que brindan servicios de climatización u otros servicios de energía relacionados.
- Permitir que Development proporcione mi nombre, dirección, número telefónico, información sobre los miembros del hogar, y mi estado actual a las compañías de servicios públicos y a otros proveedores de asistencia de energía.
- Permitir que Development comparta mi consumo y datos demográficos con las organizaciones contratadas por Development para evaluar los programas que brindan.
- Comprendo que** No volveré a ser verificado si debo algún pago al PIPP. Debo realizar esos pagos antes del próximo ciclo de facturación o de la fecha límite establecida por mis compañías de servicios.
- Si no verifico mis ingresos al menos una vez cada 12 meses, no recibiré más PIPP.
- Si no realizo los pagos que debo antes de mi fecha de aniversario, no recibiré más PIPP.
- Si hago mis pagos al PIPP completos y puntuales cada mes, recibiré un crédito para 1/24 de mi total vencido, y no tendré que pagar la diferencia entre mi pago al PIPP y el monto real de la factura.
- Si vuelvo a solicitar el PIPP y no soy elegible, o si opto por salir del PIPP, puedo inscribirme en Graduate PIPP por hasta 12 meses tras la fecha de terminación y seguiré recibiendo crédito hacia mis montos vencidos en mis facturas de servicios públicos.
- Si me mudo fuera del área de servicio de mi compañía eléctrica o de gas, puedo inscribirme en el Programa Post PIPP para hacer pagos hacia mi cuenta cerrada y recibir créditos hacia los montos vencidos.
- Soy legalmente responsable por todos los montos vencidos en mis cuentas de gas o eléctricas, y si no participo en el PIPP, los montos vencidos serán cobrados. Si los montos vencidos no se cancelan por completo, las compañías de servicios públicos podrán poner en ejecución cualquier método común de cobro por los montos vencidos en mis cuentas.
- Puedo apelar si no se llega a una decisión sobre mi solicitud en menos de 12 semanas. También puedo apelar en un plazo de 30 días si no estoy de acuerdo con el monto de mi beneficio o si me negaron la asistencia.

## Autorización general

Un aplicante que brinde información falsa de ingresos o de la composición familiar, corre el riesgo de los siguiente: ser rechazado del PIPP o de otros programas de asistencia de energía; no ser elegible para volver a aplicar durante los siguientes 24 meses, los créditos morosos se añadirán a su factura de servicios de nuevo, o recibir una factura de su(s) servicio(s) público(s) por el monto completo de la cuenta.

Autorizo al comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio (Ohio Department of Taxation) o a cualquier agente o empleado designado por el comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, así como también al director de la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio o a cualquier agente o empleado designado por el director, o al director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Jobs and Family Services) o a cualquier agente o empleado designado por el director, a divulgar al director de la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio o a cualquier agente o empleado designado por el director, o al comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, o a cualquier agente o empleado designado por el comisionado fiscal, toda mi información de impuesto sobre la renta del estado de Ohio. El solicitante renuncia expresamente al (a los) aviso(s) de divulgación. El solicitante renuncia expresamente a las disposiciones de confidencialidad del Código Revisado de Ohio (Ohio Revised Code) que, de otra forma, prohibiría la divulgación, y acepta no hacer responsable de las divulgaciones aquí establecidas al Departamento de Impuestos de Ohio, a la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio y al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio, y sus respectivos agentes y empleados. Esta autorización debe interpretarse libremente; cualquier ambigüedad deberá resolverse a favor del comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, el director de la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio y el director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio.

Comprendo que, al firmar esta solicitud, otorgo a la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio o a sus proveedores autorizados el acceso a mis registros bancarios, de empleo, de asistencia pública, de compañías de servicios públicos u otros registros necesarios para verificar y evaluar los servicios. También otorgo a la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio, o sus proveedores autorizados, acceso a toda información que haya proporcionado a otra agencia del estado, incluso, entre otras, información de ingresos relacionada con solicitudes de asistencia pública. Comprendo que el hecho de completar esta solicitud no garantiza que mi hogar recibirá asistencia. Si soy o me convierto en cliente de PIPP, comprendo que puedo ser incluido en un grupo para el cual el servicio eléctrico se compra en común. Comprendo que cualquier proveedor autorizado puede anular un pago aprobado si se encuentra información que determina que mi hogar no es elegible para los servicios según las reglas de cada programa. Comprendo que tengo el derecho de apelar. Certifico que la información que he presentado en esta solicitud es, a mi leal entender, una declaración completa, precisa y verdadera de la información requerida. Comprendo que puedo estar sujeto a cargos civiles o penales bajo las leyes federales y estatales, si a sabiendas, presento declaraciones falsas o fraudulentas.

Declaro bajo pena de perjurio que la información presentada en esta solicitud es correcta y veraz.

**FIRME Y ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO A:**

**Office of Community Assistance, Home Energy Assistance Program  
P.O. Box 1240, Columbus, Ohio 43216**

X Firme aquí \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_