



Southwestern Minnesota Opportunity Council

Southwestern MN Opportunity Council

1106 3rd Ave PO Box 787

Worthington MN 56187

Phone: 507-376-4195 or Toll Free: 1-800-658-2444

Website: www.smoc.us

For office use only
HH: _____
Referral <input type="checkbox"/> _____
Rep#: _____
Grant amount: _____



Por favor, utilice tinta negra para completar su solicitud. No utilice resaltadores en los documentos que envíe.

SOLICITUD DE PROGRAMAS ENERGÉTICOS DE MINNESOTA 2021-2022

Antes de completar esta solicitud, lea atentamente "sus derechos y responsabilidades" y las instrucciones adjuntas.

Parte 1. Información personal - verifique que toda la información preimpresa sea correcta. Inserte los cambios necesarios.

Su número de seguro social (SSN)		<ul style="list-style-type: none"> Se requieren números de seguro social (SSN) para todos los miembros del hogar y serán verificados Si no dispone de un SSN válido, se requiere otra forma de documentación Si algún miembro del hogar es un no ciudadano no elegible, su hogar aún puede recibir asistencia si al menos 1 miembro del hogar es una persona elegible ya sea ciudadano o no Usamos su SSN para obtener información sobre salarios y pensión por desempleo 	
Su nombre legal:		DD – MM – AAAA	
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Domicilio actual donde reside		Dirección postal (si es diferente a la dirección donde reside):	
Número de casa y calle	Apt #	Calle o apartado postal	Apt #
_____ Ciudad	<u>MN</u> Estado	_____ Ciudad	_____ Estado
_____ Código postal	_____ Condado	_____ Código postal	
Idioma hablado:	Tel: Principal: (_____) _____ <input type="radio"/> Móvil Otro: (_____) _____ <input type="radio"/> Móvil		
Correo electrónico: _____ Para contactarme por escrito, prefiero: <input type="radio"/> Correo de EE. UU. (Carta) <input type="radio"/> Email			
Representante autorizado: Si completa esta sección, el/la "representante autorizado/a" tiene permiso para actuar en su nombre.			
Nombre		Teléfono	
_____		_____	
Apellido		Teléfono	
_____		_____	
Si desea que el/la representante autorizado/a reciba correo en su nombre, agregue su dirección aquí:			
_____	_____	_____	_____
Calle o apartado postal	Apt #	Ciudad	Estado Código postal

DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD EN LA PARTE INFERIOR DE LA ÚLTIMA PÁGINA

Parte 2. Información del hogar

INDIQUE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, EMPEZANDO POR USTED (los padres que no tienen la custodia pueden incluir a sus hijos menores):

Número de seguro social	Nombre legal Primer Nombre Segundo Nombre Apellido	Fecha de nacimiento	REQUERIDO		ÚLTIMOS 6 MESES		Sexo escribir	Raza	Latino/a/x	Hispano	Discapacidad	Veterano
			Ingresos	Número de empleados								
555-55-5555	Pat T. Smith	dd-mm-aaaa	S/N				Femenino	Véase abajo	S/N	S/N	S/N	
		- -										
		- -										
		- -										
		- -										
		- -										
		- -										
		- -										

De ser necesario, adjunte una hoja separada para cualquier miembro adicional del hogar.

Raza:	A = Asiático B = Negro o afroamericano	I = Indio americano o nativo de Alaska
	P = Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico	W = Blanco M = Raza múltiple O = Otro

¿Alguien de su hogar es actualmente empleado o miembro de la junta de esta agencia de asistencia energética? Sí No

¿Cuántas personas habitan en su casa? _____ ¿Cuántos de ellos NO cuentan con seguro médico? _____

¿Ha disminuido el ingreso de alguno de los miembros del hogar en los últimos 3 meses? Sí No En caso afirmativo, especifique quién

Ingresos, pensiones y otra asistencia: Marque todo lo que corresponda para todos los miembros de su hogar y envíe justificativos.

Ingresos

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salarios | <input type="checkbox"/> Pensión por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de autónomo*/agrícola* | <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses o dividendos |
| Fecha en la que comenzó el negocio: _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler |
| * Envíe las primeras 2 páginas de su declaración de impuestos IRS-1040 más reciente y el Anexo 1 | <input type="checkbox"/> Pensiones para trabajadores |
| | <input type="checkbox"/> Contrato de intereses de escrituras |

Pensiones

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pensiones de seguro social (SSDI, RSDI, SSA, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Pensiones para veteranos |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de seguridad suplementarios (SSI, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Pagos tribales per cápita |
| <input type="checkbox"/> Pensión/anuidad (incluidos trimestrales y anuales) | <input type="checkbox"/> Juicios o bonificación tribal |
| <input type="checkbox"/> Ingreso por jubilación (incluida IRA, etc.) | <input type="checkbox"/> Discapacidad a corto o largo plazo |
| <input type="checkbox"/> Programa de inversión familiar de Minnesota (MFIP, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o manutención conyugal |
| <input type="checkbox"/> Asistencia general (GA, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Trabajo recreativo (DWP, por sus siglas en inglés) |

No requieren justificativos de ingresos:

- Manutención de menores – Monto mensual \$ _____
- Manutención alimenticia
- Crédito tributario por ingreso del trabajo
- Sin ingresos: llámenos al 507-376-4195

Otras asistencias

- Otros ingresos que no se hayan listado:

Su solicitud se retrasará si no incluye todos los comprobantes de ingresos requeridos.

Parte 3. Información de vivienda

<p>Tipo de vivienda:</p> <p><input type="radio"/> Casa</p> <p><input type="radio"/> Apartamento/Condo</p> <p><input type="radio"/> Adosado</p> <p><input type="radio"/> Cada móvil</p> <p><input type="radio"/> Dúplex</p> <p><input type="radio"/> Tríplex</p> <p><input type="radio"/> Fórplex</p> <p><input type="radio"/> Otro</p>	<p>¿Está pagando alquiler o hipoteca? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, monto de pago: \$ _____</p>
<p>¿Cuánto tiempo lleva residiendo en su vivienda actual? _____ años _____ meses</p>	<p>Inquilinos: ¿Recibe un subsidio de alquiler o vive en una vivienda subsidiada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>¿Está incluida la calefacción o la electricidad en el alquiler? Marque los que apliquen: <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Electricidad</p> <p>Información del propietario Nombre: _____ Teléfono (_____)</p> <p>Calle o apartado postal _____ Apt# _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____</p>
	<p>Propietarios: ¿Es propietario o está comprando su vivienda? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>En caso de que su calefactor/sistema de calefacción NO esté funcionando actualmente, marque esta casilla: <input type="checkbox"/></p> <p>Llámenos ahora mismo al 507-376-4195 en caso de que su calefactor/sistema de calefacción no esté funcionando.</p>
	<p>Uso comercial de la vivienda: En caso de que sea autónomo, ¿se encuentra su negocio en su vivienda? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿qué tipo de negocio y qué trabajo se realiza en su vivienda o propiedad?</p> <p>_____</p> <p>¿Alquila parte de su vivienda a alguien? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>

Parte 4. Proveedores energéticos

¿Qué empresas suministran calefacción, electricidad y agua* a su vivienda?

* Es posible que haya ayuda disponible si tiene una factura de agua vencida.

Envíe una copia de sus últimas facturas y/o recibo de combustible con esta solicitud.

	Calefacción general	Otra calefacción	Electricidad	Jardín solar	Agua
<p>Empresa Nombre y tipo de combustible:</p>	<p><input type="radio"/> Gas Natural <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Gasoil <input type="radio"/> Biocombustible <input type="radio"/> Vapor</p>	<p><input type="radio"/> Gas Natural <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Gasoil <input type="radio"/> Biocombustible <input type="radio"/> Vapor</p>	<p><input type="checkbox"/> Calefacción con electricidad</p>		
<p>Número de cuenta:</p>					
<p>Nombre en cuenta:</p>					

Dividiremos su subsidio entre su empresa de calefacción general y la empresa eléctrica.

OPCIONAL: Si desea que su ayuda sea pagada de manera diferente, indique a continuación:

Todo a calefacción general Todo a electricidad Other: _____

¿Comparte su tanque de combustible o medidor de energía con otra vivienda? Sí No

Si calienta con leña u otro biocombustible:

Biocombustible que usa - Madera Pellets Maíz Otro

¿Qué porcentaje de calefacción proporciona esto?
%

¿Cuántas habitaciones hay en su vivienda?

¿Suministra su propia madera/maíz? Sí No

Emergencia de suministro energético o agua

Si tiene una emergencia en este momento o no puede pagar su factura vencida, marque el tipo de situación a continuación y envíe una copia del aviso:

- Ya está cortado. Empresa: _____ Fecha de corte: _____
- Ha recibido el aviso de corte. Empresa: _____ Fecha de corte programada: _____
- No puede pagar el saldo adeudado. Empresa: _____
- Depósito de combustible vacío (o menos del 20% en el depósito). Qué % hay en su tanque hoy: _____

Comuníquese con su compañía de suministro de energía para establecer un plan de

Información adicional

- ¿Desea información sobre cómo las mejoras gratuitas en el hogar a través del programa de asistencia para climatización pueden ayudar con afecciones de salud como son el asma, COPD, otras enfermedades respiratorias, enfermedades cardíacas u otras afecciones crónicas?
 Sí No
- ¿Quiere registrarse para votar o actualizar su registro en caso de haberse mudado? Sí No
- Si ha incluido un número móvil, ¿desea recibir mensajes de texto sobre el programa de asistencia energética u otros programas? Sí No
- **¿Cómo se enteró del programa de asistencia energética?** Amigos/familia Periódico Radio Propietario
 Trabajador del condado Oficina para veteranos Servicios de enfermería Página web del estado o del condado Proveedor de servicios públicos/combustible Otro _____

Parte 5. Consentimiento y firma para el 1 de octubre de 2021 al 30 de septiembre de 2022

1. Doy mi consentimiento para que mis empresas proveedoras de calefacción, electricidad y agua proporcionen datos sobre mi cuenta y uso de suministro energético y agua al Departamento de Comercio de Minnesota (*Commerce, por su nombre en inglés*) y a los contratistas de *Commerce* para el programa de asistencia energética (EAP, *por sus siglas en inglés*), el programa de Asistencia para la climatización (WAP, *por sus siglas en inglés*), el programa de mejoras de la conservación (CIP, *por sus siglas en inglés*).
2. Autorizo a la Administración del Seguro Social, al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y sus agencias afiliadas, y al Departamento de Empleo y Desarrollo Económico de Minnesota a compartir datos sobre mi Número de Seguro Social, beneficios públicos recibidos e ingresos durante el último año para la elegibilidad para obtener subsidios con *Commerce* y los contratistas de *Commerce* para EAP, WAP y CIP.
3. Autorizo al EAP, WAP y CIP de Minnesota a que:
 - Se comuniquen con mi empleador para verificar mis ingresos.
 - Se comuniquen con el propietario de mi vivienda para confirmar mi residencia y/o fuente de calefacción si soy inquilino.
4. Autorizo a mis proveedores de servicios de EAP, WAP y CIP a que se comuniquen conmigo para divulgación y referencias.
5. Al firmar, afirmo que todos los datos de esta solicitud son correctos. También reconozco que:
 - Actualmente resido en la dirección que figura en esta solicitud.
 - Estoy firmando en nombre de todos los miembros del hogar.
 - Puede que tenga que justificar mis declaraciones.
 - Puede que se me considere responsable civil o penalmente según la ley federal o estatal por hacer declaraciones falsas o fraudulentas de manera consciente.
 - Tengo derechos bajo el EAP, WAP y CIP. He recibido una copia del "Aviso de privacidad y sus derechos y responsabilidades" y acepto sus términos y condiciones.
 - Puedo apelar las decisiones de los proveedores de servicios de los programas de suministro de energía locales sobre mis beneficios.
 - Entiendo que la información faltante retrasará la determinación de si califico para recibir ayuda.
 - Entiendo que mi Proveedor de Servicios puede ayudarme a pagar las facturas de suministro de energía vencidas y/o hacer un plan de pago con mis proveedores energéticos.
 - Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que mi hogar reciba asistencia.
 - Soy un adulto, un menor emancipado o cabeza de familia menor de edad sin adultos o menores emancipados.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

Todas las solicitudes deben tener matasellos o ser recibidas por el EAP a más tardar el 31 de mayo de 2022.

Su solicitud debe tener matasellos o recibirse dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que la firme.

Solicite con anticipación, los fondos pueden agotarse.