



برنامه کمک هزینه انرژی برای افراد کم درآمد

www.ks-energy-assistance.com

این برنامه در پرداخت هزینه انرژی خانگی به شما کمک می کند. فرم درخواست را می توانید به صورت آنلاین در وب سایت www.ks-energy-assistance.com تکمیل کنید یا این فرم تکمیل شده را به وسیله پست به آدرس **LIEAP Processing Center, PO Box 187-Halstead, KS, 67056** ارسال نمایید. فرم درخواست تکمیل شده باید تا پایان آخرین روز کاری ماه مارس دریافت شود. شما باید مدارک حساب(های) خدمات عمومی (مانند گاز، آب و برق) و درآمدی همه اعضای خانواده را ضمیمه نمایید. اطمینان حاصل کنید که به طور کامل به همه سوالات پاسخ می دهید و همه افراد بزرگسال در خانواده شما این فرم را امضا می کنند. اگر هرگونه سوالی دارید لطفاً با شماره 1-800-432-0043 تماس بگیرید. لطفاً فرم را تا حد ممکن تمیز و مرتب و داخل خانه های قرمز تکمیل نمایید.

تامین بودجه از جانب وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا، دفتر خدمات اجتماعی - برنامه کمک هزینه انرژی برای افراد کم درآمد

1. اگر فردی که نام وی روی صورت حساب خدمات عمومی است در خانه شما زندگی می کند، نام وی را بنویسید، و در غیر اینصورت نام خودتان را درج کنید.

نام خانوادگی

نام میانی

شماره سوشال سکيوریتی

تاریخ تولد - -

جنسیت F M

آیا سیتیزن یا ساکن قانونی هستید؟ No Yes

آیا از کار افتاده هستید؟ No Yes

نام خیابان

شماره خیابان

بخش

آپارتمان/ سوئیت

شهر

ایالت

کد پستی

نام و آدرسی که مایل هستید نامه های شما به آنجا فرستاده شود، این بخش را فقط موقعی پر کنید که با آدرس فوق متفاوت باشد.

نام خانوادگی

نام میانی

شماره خیابان

نام خیابان

شهر

ایالت

کد پستی

لطفاً خانه صحیح را علامت بزنید

این فرد چه نسبتی با شما دارد؟

سرپرست G C S O

قیمت

دریافت کننده کمک هزینه تکمیلی (SSI)

در صورت نیاز برگه اضافی ضمیمه کنید.

اسم نام خانوادگی	نام	حرف اول نام میانی	شماره سوشال سکيوریتی	تاریخ تولد	از کار افتاده	نژاد	جنسیت / مونث/ مذکر	سیتیزن یا ساکن از کار افتاده قانونی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. آیا پیش از این برای LIEAP درخواست کرده بودید؟

اگر پاسخ مثبت است،
چه زمانی؟

Y Y M M

بخش

3. زبان مورد ترجیح،

A- عربی

B- صرب و کروات

C- کانتونی

F- فرانسوی

G- آلمانی

H- هندی I- ایتالیایی

K- کره ای

L- لائوسی

زبان مورد ترجیح،

M- ماندارین

O- غیر

P- پرتغالی

R- روسی

S- اسپانیایی

U- اردو

V- ویتنامی

نوشتاری:

زبان نشانه ها

Y

گفتاری:

4. اگر در حال حاضر در خصوص خدمات عمومی وضعیت اضطراری دارید، لطفاً همه گزینه های مرتبط را علامت بزنید. شما باید مدرک قطع خدمات را ارائه دهید، در غیر اینصورت مورد شما به عنوان مورد اضطراری به حساب نخواهد آمد

A در حال حاضر خدمات عمومی برای خانواده شما قطع شده است. تاریخ قطع:

MM-DD-YYYY

B مقدار اندکی گاز پروپان یا هیزم برای شما باقی مانده- یا اصلاً باقی نمانده- تا بتوانید منبع سوخت اصلی مورد نیاز برای گرمایش را تامین کنید

% موجود

C فردی در خانواده شما از تجهیزات پزشکی حیاتی استفاده می کند که این تجهیزات با برق کار می کنند.

D خدمات عمومی شما 48 ساعت دیگر قطع خواهد شد.

تاریخ قطع:

MM-DD-YYYY

5. آیا فردی در خانواده شما مزایای کمک هزینه مواد غذایی دریافت می کند؟

N

Y

6 اطلاعات زیر را برای هر فردی (افرادی) که از هرگونه پولی دریافت می کند تکمیل نمایید:
نام(های) فردی (افرادی) که درآمد برای اوست

مبلغ ماهیانه:

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

هر چند وقت یکبار پول دریافت می کنید:

تعداد ساعت در هفته:

نرخ ساعتی: \$

نام کارفرما

آدرس کارفرما

\$ _____

\$ _____

WA جمع کل دستمزد ها، حقوق، پاداش ها، حق کمیسیون ها

هر چند وقت یکبار پول دریافت می کنید:

تعداد ساعت در هفته:

نرخ ساعتی: \$

نام کارفرما

آدرس کارفرما

۱۳. آیا در ۳ ماه گذشته هزینه های انرژی با مجموع ۸۰ دلار یا بیشتر را پرداخت کرده اید؟

No Yes

باید مدرک پرداخت این مبالغ را ضمیمه کنید.

اگر هزینه خدمات عمومی شما در مبلغ اجاره بها محاسبه شده است، آیا اجاره بهای خود را حداقل در ۲ ماه از ۳ ماه گذشته پرداخت کرده اید؟

No Yes

باید مدرک پرداخت این مبالغ را ضمیمه کنید.

اگر برای صورتحساب خدمات عمومی خود اعتبار (کریدیت) دارید، لطفاً مبلغ اعتبار را ذکر کنید:

\$

شما باید یک نسخه از صورتحساب خود را ضمیمه کنید.

14. شما فقط یک بار در طول سال دریافت مزایا می توانید این انتخاب را داشته باشید. همه پرداختی ها طبق این انتخاب انجام خواهند شد. اگر هیچ گزینه ای انتخاب نشود، کل مزایای شما به تامین کننده گرمایش تعلق خواهد گرفت.

همه مزایای انرژی ام را به تامین کننده گرمایش من پرداخت کنید. یک نسخه از صورتحساب انرژی خود را ضمیمه کنید.

A

مزایای انرژی من را تقسیم کنید (½ برای تامین کننده گرمایش و ½ برای تامین کننده برق). نسخه ای از هر دو صورتحساب را ضمیمه کنید.

B

15. لطفاً نام هرگونه نهاد یا سازمانی که در تکمیل این فرم درخواست به شما کمک رسانی کرده است را ذکر کنید.

Table with 10 empty cells for listing names of organizations that provided assistance.

شما باید قسمت زیر را امضا کنید- موارد زیر را پیش از امضا به دقت بخوانید.

من گواهی می دهم که همه اطلاعاتی که ارائه داده ام کامل و دقیق هستند.

✓

می دانم که وظیفه دارم مدرک درآمد و سایر اطلاعات لازم را برای احراز صلاحیت ارائه دهم. می دانم که طبق خط مشی سیاست SRS درباره صلاحیت من تصمیم گیری می شود.

✓

می دانم که اگر در نتیجه ارائه ندادن اطلاعات یا ارائه اطلاعات غلط موفق به کسب کمک هزینه شوم، باید این کمک هزینه را بازپرداخت نمایم و با اتهامات جزایی مواجه شوم.

✓

می دانم که هر فرد در طول یک سال فقط می تواند در یک خانواده و فقط از سوی یک نهاد مزایای LIEAP دریافت کند. من در این یک سال از سوی SRS و United Tribes مزایای LIEAP دریافت نخواهم کرد.

✓

می دانم که اگر شرکت خدمات عمومی من، خدمات گاز کانزاس (Kansas Gas Service) یا وستار انرژی (Westar Energy) باشد، مزایای من فقط به صورت مستقیم به شرکت خدمات عمومی ارسال خواهد شد.

✓

می دانم که باید به صورت منظم هزینه ها را به تامین کننده انرژی پرداخت نمایم و هرگونه مزایای LIEAP که ممکن است دریافت شود باعث نخواهد شد التزام من برای پرداخت به تامین کننده از بین برود.

✓

می دانم که در هر سال تقویمی فقط یک مزایای LIEAP تعلق خواهد گرفت، اما این مزایای ممکن است بین تامین کننده خدمات گرمایش و سرمایش تقسیم شود.

✓

می دانم که می توانم علیه روند رسیدگی به درخواست که بیش از 45 روز پس از ارسال فرم تکمیل شده به طول بیانجامد درخواست تجدیدنظر بدهم. می دانم که می توانم علیه هر تصمیمی تقاضای تجدیدنظر کنم و درخواست من باید طی 30 روز از تاریخ رد تقاضا یا اعلامیه مزایا تسلیم شود.

✓

من به USA 800 SRS یا سایر نهادهای تعیین شده اجازه می دهم تا درخواست و اطلاعات مزایای من را در اختیار تامین کننده انرژی من و نهادهای مساعدتی اجتماعی قرار دهند.

✓

من به تامین کننده خدمات عمومی خود اجازه می دهم تا سابقه پرداختی ها و مصرف انرژی من را در اختیار USA 800 SRS یا سایر نهادهای تعیین شده، و نهادهای عایق سازی قرار دهد.

✓

من اجازه می دهم تا هرگونه بازرسی جهت تعیین صلاحیت خانواده من انجام شود، از جمله انتشار سوابق بانکی، فیش حقوقی و/یا سایر سوابق مربوط به شغل و سایر سازمانها.

✓

می دانم که LIEAP برنامه ایست که بودجه آن به صورت فدرال تامین می گردد. مزایای طبق مبلغ بودجه فدرال دریافتی محاسبه می شود و ممکن است در هر زمانی که بودجه موجود نباشد، این مزایا نیز قطع شوند.

✓

می دانم که فرم درخواست تکمیل شده باید تا پایان ساعت اداری آخرین روز کاری ماه مارس به دست مرکز پردازش LIEAP برسد. اگر هرگونه سوالی دارید، با شماره 1-800-432-0043 تماس بگیرید.

✓

امضای عضو بزرگسال خانواده/قیم یا سرپرست تاریخ شماره تلفن روزانه

امضای عضو بزرگسال خانواده/قیم تاریخ شماره تلفن روزانه

امضای عضو بزرگسال خانواده/قیم تاریخ شماره تلفن روزانه

سازمان خدمات اجتماعی و توانبخشی (Kansas Department of Social and Rehabilitation Services) بدون در نظر گرفتن نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت یا از کار افتادگی متقاضی، در زمینه خدمات، فعالیتها و برنامه های کمک هزینه مالی فدرال، فرصتهای برابر ارائه می دهد.