

Solicitud para el Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos (LIEAP)

Low Income Energy Assistance Program Application (LIEAP)

Este programa proporciona asistencia para ayudarle a pagar el costo de la energía del hogar. Envíe por correo o lleve esta forma completa a la oficina local de SRS en el condado en que usted vive. Si no le es posible hacerlo o no sabe la dirección, por favor llame al 1-800-432-0043. La solicitud completa debe recibirse por el SRS a más tardar a la hora del cierre de negocios el último día hábil de marzo. Usted debe de incluir comprobante de cuenta(s) de servicio de energía e ingresos de todos los miembros del hogar. Asegúrese de contestar todas las preguntas completamente y que todos los adultos en el hogar firmen la solicitud.

This program provides assistance to help pay home energy costs. Mail or take this completed form to the local SRS office in the county in which you live. If you are unable to do so or you do not know the address, please call 1-800-432-0043. The completed application must be received by SRS no later than close of business on the last business day of March. You must enclose proof of utility account(s) and income for all household members. Make sure you completely answer all questions and have all adults in the household sign the application.

Si necesita ayuda para llenar esta forma, comuníquese con su oficina local de SRS y se le proporcionará un intérprete sin ningún costo para usted. (If you would like help completing this form, notify your local SRS office and an interpreter will be provided at no cost to you.)

Solo para uso de la oficina	
Case Number:	_____
Date SRS Received Application:	_____
Case worker ID#	_____
County:	_____
Priorities:	P1 P2
Approval / Approval After Denial / Supplemental/ Denial / Denial After Denial	
Benefit Level:	_____
Reason:	A B C E F G H I J K L N

1. Información del Hogar. Primero, anote a la persona a cuyo nombre está la cuenta de servicios de energía si reside en su hogar, si no es así, escriba su nombre en la línea 1 seguida por todas las personas que actualmente residen en esta dirección. Adjunte una hoja adicional según sea necesario. (Códigos de Raza: A=Asiático, B=Negro, H=Hispano, N=Nativo Americano (Indígena de los EE.UU.), W=Blanco, O=Otro) **(Household Information. First, list the person whose name is on the utility bill if they reside in your household, otherwise list yourself on line 1 followed by all other persons who are currently residing at this address.)**

Attach an additional sheet as needed. (Race Codes: A=Asian, B=Black, H=Hispanic, N=Native American, W=White, O=Other)

Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre <small>Name (Last, First, MI)</small>	Número de Seguro Social <small>Social Security Number</small>	Fecha de nacimiento (Mes Día Año) <small>Date of Birth (Month Day Year)</small>	Sexo M o F <small>Sex M or F</small>	Raza - Liste todas las que se apliquen (opcional) <small>Race -List all that apply (optional)</small>	Ciudadano o Residente Legal <small>Citizen or Legal Resident</small>	Incapacitado <small>Disabled</small>
1)					Sí / No Yes/No	Sí / No Yes/No
2)					Sí / No	Sí / No
3)					Sí / No	Sí / No
4)					Sí / No	Sí / No
5)					Sí / No	Sí / No
6)					Sí / No	Sí / No
7)					Sí / No	Sí / No
8)					Sí / No	Sí / No
9)					Sí / No	Sí / No
10)					Sí / No	Sí / No

La dirección donde usted vive _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____
Street Address where you live _____ City _____ State _____ Zip _____ County _____

Nombre y dirección de envío que usted prefiere que se le mande su correo sólo si es diferente a la anotada arriba.
Name and mailing address that you prefer your mail to be sent to only if different from the address listed above
(Por favor marque la caja correcta.) Es este su Tutor Representante Autorizado Beneficiario de SSI Otro? Por favor anote:

2. ¿Usted ha solicitado alguna vez para LIEAP antes? Sí No Si es Sí, ¿cuándo? Condado:
 Have you ever applied for LIEAP before? If yes, when? County:

3. Idioma preferido, si otro aparte del inglés. Escrito: Hablado: Lenguaje por señas Sí No
 Language preferred, if other than English. Written: Spoken: Sign Language

4. Si usted está actualmente en una situación de emergencia con sus servicios de energía, marque con un círculo la letra de todo lo que corresponda. Usted debe incluir las pruebas de la desconexión de otra manera el caso no será considerado una emergencia.
 If you are currently in an emergency situation with your utilities, circle the letter of all that apply. You must enclose proof of the disconnect, otherwise the case will not be considered an emergency.

A. Su hogar está actualmente desconectado del servicio de energía. Por favor anote la fecha de cuando se lo desconectaron:
 Your household is **currently disconnected** from utility service. Please list date of disconnect:

B. A usted se le acabó o tiene muy poquito propano o leña para operar su fuente principal de combustible para su calefacción. Por favor anote el porcentaje estimado disponible: _____%
 You are out of or have very little propane or wood to operate your primary heating fuel source. Please list estimated percentage on hand: _____ %

C. Alguien en su hogar está utilizando equipo médico indispensable para vivir operado por electricidad.
 Someone in your household is using medical life support equipment operated by electricity.

D. Sus servicios de energía van a ser desconectados dentro de 48 horas. Por favor anote la fecha en que se los van a desconectar:
 Your utilities will actually be disconnected within 48 hours. Please list date of disconnect:

5. ¿Alguna otra persona en su hogar recibe beneficios de estampillas para comida? Sí No
 Does anyone in the household receive food stamp benefits?

6. Complete la información anotada abajo para cualquier persona(s) que recibe algún dinero de (continúa en la página 3): Complete the information listed below for any person(s) who receives any money from (continued on page 3):		Nombre de la Persona que recibe los ingresos Name of Person Income Is For	Cantidad Mensual Monthly Amount	Solo para uso de la oficina For Office Use Only
CS	Mantenimiento de niños/Pensión por separación o divorcio (proporcione una copia de la orden judicial) Child Support/Alimony (provide copy of court order)			
CA	Ayuda General (GA) General Assistance (GA)			
IR	Ingreso de interés mayor de \$50 por mes (proporcione pruebas) Interest Income greater than \$50 per month (provide proof)			
RR	Retiro o Jubilación del ferrocarril u Otras Pensiones Railroad Retirement or Other Pensions			
SS	Beneficios de la Administración del Seguro Social Social Security Administration Benefits			

Continuación de la página 2 Continued from Page 2		Nombre de la Persona que recibe los ingresos	Cantidad Mensual	Solo para uso de la oficina
		Name of Person Income Is For	Monthly Amount	For Office Use Only
SI	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Supplemental Security Income (SSI)			
CA	Ayuda Temporal a las Familias (TAF) Temporary Assistance to Families (TAF)			
UC	Beneficios por Desempleo Unemployment Benefits			
VA	Beneficios de la Administración de Veteranos (proporcione una copia del número de reclamación) Veteran's Admin. Benefits (provide copy of claim number)			
WA	Sueldos brutos (antes de las deducciones), Salarios, Propinas, Comisiones Gross Wages, Salaries, Tips, Commissions			
	Pago por hora: Horas por semana: Frecuencia del pago: Hourly rate: Hours per week: How often paid: Nombre y dirección del empleador o patrón: Name and address of employer:			
WA	Sueldos brutos (antes de las deducciones), Salarios, Propinas, Comisiones Gross Wages, Salaries, Tips, Commissions			
	Pago por hora: Horas por semana: Frecuencia del pago: Hourly rate: Hours per week: How often paid: Nombre y dirección del empleador o patrón: Name and Address of Employer:			
WA	Sueldos brutos (antes de las deducciones), Salarios, Propinas, Comisiones Gross Wages, Salaries, Tips, Commissions			
	Pago por hora: Horas por semana: Frecuencia del pago: Hourly rate: Hours per week: How often paid: Nombre y dirección del empleador o patrón: Name and Address of Employer:			
SE	Autoempleado/Ingreso Agrícola (proporcione una copia completa de la declaración de impuestos) Self Employment/Farm Income (provide copy of complete tax return)			
OT	Otro (favor de anotar) Other (please list)			

Nota: Usted debe proporcionar comprobante de ingresos. Por favor adjunte talones de pago, carta o declaración de ingresos del patrón, etc. para todo el ingreso aparte del seguro social, SSI, TAF, GA, o UC.
 Note: You must provide proof of income. Please enclose pay stubs, employer statements, etc. for all income other than social security, SSI, TAF, GA, or UC.

7. ¿Está alguien en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Is anyone on strike?	Si la respuesta es Sí, nombre de la persona: If yes, name of person:
---	---

8. Factura de combustible. Póngale un círculo a la letra de la declaración que describe cómo usted paga su factura de combustible de calefacción.

Fuel Bill. Circle the letter of the statement that describes how you pay your heating fuel bill.

- A.** La factura de combustible está a su nombre o a nombre de otro miembro en el hogar.
Nombre:
The fuel bill is in your name or the name of another household member. Name:
- B.** Su costo de calefacción está incluido en su renta. Nombre y número de teléfono del propietario:
Your heating cost is included in your rent. Landlord's name and telephone number:
- C.** Su factura de combustible está a nombre del propietario y usted le paga ya sea al propietario o a la compañía de combustible. El nombre del propietario y número de teléfono:
Your fuel bill is in your landlord's name and you pay either the landlord or the fuel company. Landlord's name and telephone number:
- D.** Su factura de combustible está a nombre de alguien aparte de un miembro adulto del hogar o al de su propietario. El nombre y parentesco/relación:
Your fuel bill is in the name of someone other than an adult household member or your landlord.
Name and relationship:

9. Tipo de vivienda. Póngale un círculo a la letra que mejor describe donde usted vive.

Dwelling Type. Circle the letter which best describes where you live.

H	Casa para una sola familia, casa de construcción modular, casa móvil One family house, modular home, mobile home	T	Casa remolque, cámper, RV (vehículo de recreo) Travel trailer, camper, RV
D	Dúplex (2 viviendas en el edificio) Duplex (2 units in building)	G	Vivienda de Grupo Group Home
A	Apartamento (3 o más viviendas en el edificio) Apartment (3 or more units in the building)	N	Asilo de ancianos o (Casa de salud, o de asistencia). Nursing Home
O	Otro. Favor de anotar: Other. Please list:		

10. ¿Usted vive en una vivienda subsidiada (Sección 8, Pública o para Ancianos)? Sí No

Do you live in Subsidized Housing (Section 8, Public or Senior Housing)?

Si la respuesta es sí, por favor anote el nombre y teléfono del propietario y/o unidad:

If yes, please list name and telephone of landlord and/or unit:

11. Tipo de combustible. Póngale un círculo a la letra que mejor describe el combustible que se usa para el sistema de calefacción construido en su casa.

Fuel Type. Circle the letter which describes the fuel used by the heating system built into your home.

G	Gas natural de líneas subterráneas Natural Gas from Underground Lines
E	Electricidad Electricity
O	Otro (Propano o gas embotellado, keroseno, aceite combustible, carbón o leña). Por favor anote el tipo: _____ Nombre y número del impuesto federal del proveedor de leña: Other (Propane or bottled gas, kerosene, fuel oil, coal or wood). Please list type: _____ Name and federal tax number of wood vendor:

12. Sistema de calefacción. Póngale un círculo a la letra que describe el sistema de calefacción construido en su casa aun cuando actualmente no se use:

Heating System. Circle the letter which best describes the heating system built into your home, even if currently not being used.

G	Calefacción central de gas Central Gas Furnace	F	Calefacción de piso o pared Floor or Wall Furnace
R	Radiadores de vapor o agua caliente Steam or Hot Water Radiators	V	Estufa independiente con ventilación Vented Freestanding Stove
E	Calefacción central eléctrica Central Electric Furnace	S	Sistema de calefacción solar Solar Heating System
W	Estufa de leña o Chimenea Wood Stove or Fireplace	H	Calentadores de zócalo o rodapié Baseboard Heaters

¿Usted usa este sistema? Sí No Si la respuesta es no, ¿por qué no?:

Do you use this system?

If no, why?:

Por favor anote cualquier otro sistema que usted está usando:

Please list alternate system being used:

13. ¿Usted ha hecho pagos de su factura de la calefacción en por lo menos 2 de los últimos 3 meses?

Have you made payments on your heating bill in at least 2 of the last 3 months?

Sí No

¿Si sus servicios de energía están incluidos en la renta, ha pagado usted la renta en por lo menos 2 de

If your utilities are included in the rent, have you paid the rent in at least 2 of

los últimos 3 meses? Sí No

the last 3 months?

Si usted tiene saldo a favor en su factura de servicios de energía, por favor anote la cantidad del dinero a favor: \$

If you have a credit on your utility bill, please list the amount of the credit: \$

14. Opciones de la emisión. Póngale un círculo a la A o B abajo de la que indica cómo le gustaría su beneficio emitido. Usted puede escoger eso sólo una vez por el año del beneficio. Todos los pagos se harán según esta opción. Si ninguno se verifica, su beneficio entero irá al proveedor de la calefacción.

Issuance Options. Circle A or B below which indicates how you would like your benefit issued. You may only make this choice one time for the benefit year. All payments will be made according to this choice. If neither is verified, your entire benefit will go to the heating vendor.

A. Haga todo mi beneficio de energía pagable a mi proveedor de calefacción. Adjunte una copia de su factura de calefacción.

Make all of my energy benefit payable to my heating vendor. **Enclose a copy of your heating bill.**

B. Divida mi beneficio de energía (½ a mi proveedor de calefacción y ½ a mi proveedor de electricidad). Adjunte una copia de ambas facturas.

Split my energy benefit (½ to my heating vendor and ½ to my electric vendor). **Enclose a copy of both bills.**

15. Por favor anote el nombre de cualquier agencia de ayuda u organización que le ayudaron a completar esta solicitud:

Please list the name of any helping agency or organization that helped you complete this application:

El Programa de Ayuda de Aclimatación de Kansas ayuda a los hogares de bajos ingresos para obtener reparaciones de la casa para que les ayude a reducir sus facturas de energía. Para más información sobre el programa, por favor llame a la línea gratuita de Información sobre Viviendas al 1-800-752-4422.

The Kansas Weatherization Assistance Program assists low-income households to get home repairs that help lower their energy bills. For more information about weatherization, please call the toll-free Housing Information Line at 1-800-752-4422.

USTED DEBE FIRMAR ABAJO - LEA CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR

YOU MUST SIGN BELOW - READ THE FOLLOWING CAREFULLY BEFORE SIGNING

- ✓ Yo certifico que toda la información que yo he proporcionado está completa y exacta. I certify that all information I have provided is complete and accurate.
- ✓ Yo entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar los comprobantes de ingresos y otra información necesaria para establecer la elegibilidad. Yo entiendo que mi elegibilidad se determinará bajo las guías del personal de SRS. I understand that it is my responsibility to provide proof of income and other information needed to establish eligibility. I understand that my eligibility will be determined under the guidelines of SRS staff.
- ✓ Entiendo que si yo recibo ayuda a la que yo no tengo derecho de recibir por la razón de ocultar o de proporcionar información falsa, yo debo de reembolsar el costo de la ayuda y puedo enfrentar cargos criminales. I understand that if I receive assistance to which I am not entitled as a result of withholding or providing false information, I must repay the cost of that assistance and may face criminal charges.
- ✓ Entiendo que a cada persona sólo se le permite recibir los beneficios de LIEAP en un hogar durante el año, de sólo una agencia. Yo no puedo recibir LIEAP de SRS y las United Tribes (Tribus Unidas) en el mismo año. I understand each person is only allowed to receive LIEAP benefits in one household during the year, from only one agency. I may not receive LIEAP from SRS and United Tribes in the same year.
- ✓ Entiendo que si mi servicio de energía es KPL, KGE, Kansas Gas Service, o Western Resources, mi beneficio se enviará directamente a ese proveedor. I understand that if my utility is KPL, KGE, Kansas Gas Service, or Western Resources, my benefit will be sent directly to the utility.
- ✓ Entiendo que yo necesito continuar haciendo pagos regularmente a mi proveedor de energía y que cualquier beneficio de LIEAP que pueda recibir no tomará el lugar de mi responsabilidad de pagarle al proveedor. I understand that I need to continue making regular payments to my energy provider and that any LIEAP benefits which may be received do not take the place of my responsibility to pay the vendor.
- ✓ Entiendo que sólo un beneficio de LIEAP se dará cada año calendario, pero ese beneficio puede dividirse entre los proveedores de la calefacción y de refrigeración. I understand that only one LIEAP benefit will be issued each calendar year, but that benefit may be split between heating and cooling vendors.
- ✓ Entiendo que yo puedo apelar el proceso de solicitud que excede 45 días de calendario después de que yo he sometido la información completa. Entiendo que yo puedo apelar cualquier decisión y que mi petición debe hacerse dentro de 30 días de mi rechazo o aviso de beneficio. I understand that I may appeal application processing which exceeds 45 calendar days after I have submitted complete information. I understand that I may appeal any decision and that my request must be made within 30 days of my denial or benefit notice.
- ✓ Yo autorizo a SRS a dar información de la solicitud y del beneficio a mi proveedor de energía y a las agencias de ayuda de la comunidad. I authorize SRS to release application and benefit information to my energy vendors and community helping agencies.
- ✓ Autorizo a mi proveedor de energía para dar mi historia de pago y los niveles de consumo de energía a SRS y a las agencias de Aclimatación. I authorize my utility provider to release my payment history and energy consumption levels to SRS and Weatherization agencies.
- ✓ Autorizo cualquier investigación para establecer mi elegibilidad de mi hogar incluso el divulgar de registros de banco, nómina de sueldos y/o otros documentos de negocios y otras organizaciones. I authorize any investigation to establish my household's eligibility including release of bank, payroll and /or other records from business and other organizations.
- ✓ Entiendo que LIEAP es un programa financiado con fondos federales. Los beneficios están basados en la cantidad de fondos federales recibidos y se podrían terminar en cualquier momento que no haya fondos disponibles. I understand LIEAP is a federally funded program. Benefits are based on the amount of federal funds received and could be terminated at any time in which funding is unavailable.
- ✓ Entiendo que la solicitud completa debe recibirse en la oficina de SRS para el cierre de los negocios el último día hábil de marzo. Si usted no sabe la dirección de la oficina local o usted tiene preguntas llame al 1-800-432-0043. I understand the completed application must be received in the SRS office by close of business, on the last business day of March. If you do not know the address of the local office or you have questions call 1-800-432-0043.

 Firma de un Miembro Adulto del Hogar/Representante Autorizado
 Signature of Adult Household Member/Conservator or Guardian

Fecha
 Date

Teléfono durante el día
 Daytime Telephone

 Firma de un Miembro Adulto del Hogar
 Signature of Adult Household Member

Fecha
 Date

Teléfono durante el día
 Daytime Telephone

El Departamento de Servicios Sociales y de Rehabilitación de Kansas proporciona igual oportunidad en sus servicios, actividades y programas que reciben ayuda financiera Federal sin tener en cuenta la raza del participante, color, origen nacional, sexo o estado de discapacidad. The Kansas Department of Social and Rehabilitation Services provides equal opportunity in its services, activities and programs receiving Federal financial assistance regardless of the participant's race, color, national origin, sex or disability status.