



Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos

www.ks-energy-assistance.com

Este programa proporciona asistencia para pagar los costos de energía del hogar. Usted puede llenar una solicitud en línea en www.ks-energy-assistance.com o enviar este formulario completado por correo al Centro de Procesamiento de LIEAP, PO Box 187, Halstead, KS, 67056 .

La solicitud completada debe ser recibida antes del cierre del horario comercial del último día laboral de Marzo. *Usted debe adjuntar un comprobante de cuenta(s) de servicios públicos para todos los miembros del grupo familiar.*

Asegúrese de contestar todas las preguntas en forma completa y *de que todos los adultos en el grupo familiar firmen la solicitud.*

Si usted tiene alguna pregunta llame al 1-800-432-0043 Escriba claramente y prolijamente en imprenta dentro de los casilleros rojos.

Fondos proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Servicios Comunitarios - Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos

1. Liste la persona cuyos nombre está en la factura de servicios si está vive en su grupo familiar, de no ser así lítese a usted mismo.

Apellido Nombre Primer Nombre Inicial del Segundo

Número del Seguro Social - - Fecha de Nacimiento M M - D D - Y Y Y Y Sexo M F

¿Es usted un Ciudadano o un Residente Legal? Yes No ¿Está usted discapacitado? Yes No Raza

A-Asiático, B-Negro, H-Hispano, N-Americano Nativo, W-Blanco, O Otra.

DOMICILIO EN EL QUE USTED VIVE

Número de Calle Nombre de Calle

Departamento/Suite Condado

Ciudad Estado Código Postal

El nombre y domicilio de correo al que usted prefiere que se le envíe el correo, solamente si es diferente del domicilio más arriba.

Apellido Nombre Primer Nombre Inicial del Segundo

Número de Calle Nombre de Calle Departamento/Suite

Ciudad Estado Código Postal

Por favor marque el casillero correcto G C S O

¿Es este su? Tutor Guardián Beneficiario de SSI Otro

Liste las Personas que actualmente residen en este domicilio. Adjunte una hoja adicional de ser necesario.

| Nombre Apellido | Primer | Inicial del Segundo | Número del Seguro Social | Fecha de Nacimiento | Discapacitado | Raza | Sexo M/F | Ciudadano o Residente Legal | Discapacitado |
|-----------------|--------|---------------------|--------------------------|---------------------|------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1) | | | ###-##-#### | MM-DD-YYYY | <input type="text"/> Y | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Y |
| 2) | | | ###-##-#### | MM-DD-YYYY | <input type="text"/> Y | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Y |
| 3) | | | ###-##-#### | MM-DD-YYYY | <input type="text"/> Y | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Y |
| 4) | | | ###-##-#### | MM-DD-YYYY | <input type="text"/> Y | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Y |
| 5) | | | ###-##-#### | MM-DD-YYYY | <input type="text"/> Y | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Y |
| 6) | | | ###-##-#### | MM-DD-YYYY | <input type="text"/> Y | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Y |
| 7) | | | ###-##-#### | MM-DD-YYYY | <input type="text"/> Y | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Y |
| 8) | | | ###-##-#### | MM-DD-YYYY | <input type="text"/> Y | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Y |
| 9) | | | ###-##-#### | MM-DD-YYYY | <input type="text"/> Y | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> Y |

