


Semcac - EAP
 PO BOX 549
 RUSHFORD MN 55971

For office use only	
HH:	_____
Referral <input type="checkbox"/>	_____
Rep#:	_____
Grant amount:	_____
Log in Date:	_____
Edit Date:	_____
Scanned By	_____

2016-2017 SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ENERGÍA DE MINNESOTA

 Semcac - EAP
 PO Box 549
 Rushford MN 55971
 Phone: (507) 864-7515 Toll Free (800) 944-3281
 FAX: 507-864-2597 www.semcac.org
People Are Our Business



Antes de completar esta solicitud, lea cuidadosamente las hojas adjuntas: "Sus Derechos y Responsabilidades" y las Instrucciones.

Parte 1. Información Personal -Verifique que toda la información pre-impresionada este correcta. Corrija lo necesario.

Su Número de Seguro Social:	<small>Se requiere la revelación del Número de Seguro Social del solicitante principal. Si usted no proporciona su número de seguro social verificable, su solicitud no podrá ser procesada. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) del Acto del Seguro Social, 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i) USO: El Estado usara los Números de Seguro Social en la administración de LIHEAP para verificar la información proveída en al solicitud, para prevenir, detectar y corregir fraude, perdida y abuso, y con el propósito de responder a peticiones de información de programas de agencias fundadas a través de becas estatales para la asistencia temporal a familias en necesidad.</small>			
Su Nombre:	_____			MM / DD / YYYY
Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	
Dirección de su hogar:	_____			
Calle	No. Apto	Ciudad	MN	- _____
			Estado	Código Postal
Dirección a donde se debe enviar su correspondencia (si es diferente a la de su residencia):	_____			
Calle o Apartado Postal	No. Apto	Ciudad	MN	- _____
			Estado	Código Postal
Condado: _____	Municipio: _____			
Teléfono de casa:	Teléfono durante el día u otro (si es diferente al teléfono de casa):			
(____) _____	(____) _____			
Idioma principal que se habla en su hogar:	Dirección de Correo Electronico			
_____	_____			
Representate Autorizado: Si usted completa esta sección, el "Representante Autorizado" tiene permiso de actuar como usted. Si usted incluye su dirección aquí debajo, esta persona recibirá toda la correspondencia del programa en vez de usted.				
Nombre _____	Apellido _____	Teléfono (____) _____		
Si a usted le gustaria que el Representante Autorizado reciba su correspondencia en favor de usted, agregue la direccion.				
Calle o Apartado Postal	No. Apto	Ciudad	MN	- _____
			Estado	Código Postal

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

Parte 2. Información del Hogar

COMENZANDO CON USTED, ENLISTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

Primer Nombre, Inicial y Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	Raza	Hispano S/N	Sexo M/F	Dis-capacidad S/N	Años de Escuela	Veterano S/N	Tiene Ingreso S/N
1. (usted)	(necesario)								
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

Si es necesario, anexe una hoja con la información de cualquier miembro adicional.

Raza: A = Asiático B = Negro o Africano-Americano I = Indio Americano o Nativo de Alaska
P = Nativo de Hawái o de otro lugar del Pacífico W = Blanco o Caucásico M = Raza múltiple O = Otro

¿Hay algún miembro del hogar que actualmente es empleado o es miembro de la mesa directiva de este Proveedor de Servicio EAP local? Sí No

¿Cuántas personas en su hogar tuvieron ingresos en los pasados 3 meses? _____

¿Cuántas personas en su hogar NO tienen seguro médico? _____

FUENTES DE INGRESO Y OTRA ASISTENCIA (Marque todas las casillas que apliquen a su hogar y envíe comprobantes)

<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia/Ingreso de Granja* Fecha de empezó su negocio? _____ <input type="checkbox"/> Rentas/Bienes raíces <input type="checkbox"/> Compensación de Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador <input type="checkbox"/> Ingreso por Interés o Dividendos <input type="checkbox"/> Interés por Escritura Hipotecaria <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos <input type="checkbox"/> Beneficios de Jubilación de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Seguro Social (SSDI) <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro de Jubilación por Discapacidad de Supervivencia (RSDI) <input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación <input type="checkbox"/> Pensión/Anualidad (trimestral y anual) <input type="checkbox"/> Pagos Per Cápita <input type="checkbox"/> Bonos de tribu o compensaciones tribales <input type="checkbox"/> Trabajo Diversionario (DWP) <input type="checkbox"/> Discapacidad temporal/permanente <input type="checkbox"/> MFIP <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA)	<input type="checkbox"/> Manutención Conyugal <input type="checkbox"/> Otros ingresos no indicados: _____ Prueba de ingresos no se requiere para las siguientes: <input type="checkbox"/> Soporte Infantil \$ _____ mensual <input type="checkbox"/> Asistencia de Comida <input type="checkbox"/> Crédito de Ingreso ganado (EITC) <input type="checkbox"/> No Ingreso (Favor de llamarnos a «Numero del Proveedor de servicio»)
--	---	--

Envíe comprobantes de los ingresos brutos de todas las personas en su hogar durante los últimos 3 meses completos. **Envíe copias, no regresaremos los originales.** Salario de niños de K-12 no se cuentan como ingreso.

Si es trabajador independiente mande las primeras dos páginas de su Declaración de Impuestos Federales IRS-1040. Contacte a su Proveedor de Servicio Local de EAP si es menos de 2 años.

Su solicitud será atrasada si no incluye comprobante de ingresos.

Se debe firmar y poner la fecha en la última página de su solicitud. Todas solicitudes deben ser recibidas y con fecha y antes del:

31 de Mayo, 2017.

Si firma la solicitud en:	Envíe comprobantes de ingresos brutos para los meses de:
Agosto 2016	Mayo, Junio, Julio 2016
Sept 2016	Junio, Julio, Agosto 2016
Octubre 2016	Julio, Agosto, Sept 2016
Nov 2016	Agosto, Sept, Oct 2016
Dic 2016	Sept, Oct, Nov 2016
Enero 2017	Oct, Nov, Dic 2016
Febrero 2017	Nov, Dic 2016, Enero 2017
Marzo 2017	Dic 2016, Enero, Feb 2016
Abril 2017	Enero, Feb, Marzo 2017
Mayo 2017	Feb, Marzo, Abril 2017

Para EAP, los ingresos de su hogar no pueden ser mas de estas guías de ingreso durante los 3 meses:

Tamaño	Ingreso
1	\$5,987
2	\$7,829
3	\$9,671
4	\$11,514
5	\$13,356
6	\$15,198
7	\$15,543
8	\$15,889
9	\$16,234

Parte 3. Información del Hogar

Tipo de Hogar: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento/Condominio <input type="checkbox"/> Townhouse <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Dúplex <input type="checkbox"/> Triplex <input type="checkbox"/> Cuádruplex <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Paga usted renta o hipoteca al mes? En caso afirmativo, \$ _____ (necesario)
¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo en su hogar? ____ Años ____ Meses	Renteros: ¿Recibe un subsidio o vive en un hogar subvencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la renta: ¿está incluida la calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está incluida la electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del Propietario: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
	Propietarios de vivienda: ¿Es dueño o está en proceso de comprar su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su calefacción/sistema de calefacción NO está funcionando, marque esta casilla: <input type="checkbox"/> . Llámenos inmediatamente al 1 (800) 944-3281 si su calentador/sistema de calefacción no está funcionando.
	Negocio en casa: Si usted trabaja por su cuenta, ¿Tiene el negocio en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿Qué tipo de negocio y que tipo de trabajo se hace en su casa o en su propiedad? _____ ¿Le renta alguna parte de su casa a alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Parte 4. Fuentes de Combustible (Se considera la electricidad como una fuente de calefacción si se usa para calentar uno o más cuartos.)

Coloque "1" en la casilla al lado del **combustible/fuente** que usted usa más frecuentemente y "2" para cualquier otro tipo de combustible que usa para calentar su hogar.

Aceite	<input type="checkbox"/>	Propano/LP	<input type="checkbox"/>	Madera	<input type="checkbox"/>	Bolas de Madera Comprimida (Pellets)	<input type="checkbox"/>	Vapor Municipal	<input type="checkbox"/>
Gas Natural	<input type="checkbox"/>	Electricidad	<input type="checkbox"/>	Elote	<input type="checkbox"/>	Otro tipo	<input type="checkbox"/>	St. Paul Dist. Htg	<input type="checkbox"/>

¿QUÉ COMPAÑÍAS SUMINISTRAN LA CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD EN SU CASA?

	Calefacción No. 1	Calefacción No. 2	Electricidad
Nombre de la Compañía:			
Nombre en la Cuenta:			
Número de Cuenta:			

ENVIE COPIA DE SUS ÚLTIMAS FACTURAS DE CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD O RECIBO DE COMBUSTIBLE CON ESTA SOLICITUD

¿Calienta su casa con madera, elote, pellets u otro biocombustible? Sí No De contestar sí, conteste las 3 siguientes preguntas:

1. ¿Qué porcentaje de calefacción suministra? (use la tabla)
2. ¿Usted corta su propia madera o elote? Sí No
3. ¿Cuántas habitaciones tiene su hogar? _____

(Encierre el porcentaje de madera, elote, pellets, otros.)

10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
A veces			Medio Tiempo			Casi Siempre		Todo	

Si tienes una emergencia en estos momentos, marque el tipo de emergencia a continuación y enviar una copia de la notificación de desconexión de su compañía de Energía.

- Ya está desconectado? Nombre de la Compañía: _____ Fecha de desconexión? _____ Cantidad que debe? _____
- Recibió una orden de desconexión? Nombre de la Compañía: _____ Fecha de desconexión? _____ Cantidad que debe? _____
- Tanque de combustible vacío (o tiene menos de 20% en su tanque). ¿Qué porcentaje tiene en el tanque? _____ Cantidad que debe? _____

Favor de contactar su compañía de energía para hacer un arreglo de pago.

Usted utiliza electricidad para la calefacción de su casa? Sí No Si, marque en la casilla (s) indicando como lo usa.

- Unidad Central de calefacción
- Calentador portátil solo cuando es necesario
- Calentador portátil es la única fuente de calefacción para uno o más habitaciones, (s): _____
- Otro uso de calefacción eléctrica.

Marque todas las que apliquen: Sistema de calefacción de piso Calefacción de piso Calefacción Eléctrico Bomba de calor

Por favor liste las habitaciones donde calefacción eléctrica es la única fuente de calor _____

Si no está registrado para votar, ¿le gustaría recibir una tarjeta de registro de votante? Sí (Usted no tiene que contestar esta pregunta)

¿Desea usted que el 30% de su beneficio se le envíe a la compañía de la luz? Sí No

IMPORTANTE LISTA: para que SEMCAC pueda completar su solicitud:

- ¿Ha contestado todas las preguntas? (TODAS las preguntas en su solicitud deben de contestarse; pues todas la informacion que se pide es necesaria para determinar su elegibilidad).
- ¿Firmo la ultima pagina de su solicitud?
- ¿Incluyo los ultimos tres meses de su ingreso neto de todos los miembros de su familia mayores de 18 anos? (Use la FECHA en la que recibio su cheque. Si trabaja por su cuenta envíe la mas reciente primeras dos paginas de 1040)
- Marque solamente si usted solo recibe beneficios del Seguro social/pension/pagos de VA para cualquier miembro de su hogar.
- Marque solamente si usted recibe asistencia del condado MFIP/DWP/GA/ pagos de housing (vivienda)
****Si su hogar NO ha tenido ingresos en los ultimos tres meses o menDs de 2 anos de trabajar por su cuenta, llamar al 1-800-944-3281.
- Cambio de empleo o mas de un empleo No-Si (fechas de empleo de ca da empleo) _____
- Adulto mayor de 18 sin ingresos. No - Si (explicar _____)
- Cambios de miembros de hogar: (Divorcio, nacimiento, fallecimiento, o mudarse):
No - Si (Explicar) _____
- ¿Alguien en su familia (adultos y nilios) en su hogar tiene segura medico? Si - No
- ¿Incluyo un cobro actual de su calefacción o de electricidad?

Llame a su proveedor para programar arreglos de pagos. Los fondos federales son recibidos en Noviembre. La intencion de EAP es para ayudar con los cobros de utilidades, continúe pagando sus cobros de utilidades cada meso
Si USTED NO PROVEE LA INFORMACION MENCIONADA ANTERIORMENTE, ESTO RESULTARA EN QUE SEA, NEGADA SU SOLICITUD.

Parte 5. Consentimiento y Firma para el 1 de Octubre, 2016 al 30 de Septiembre, 2017.

1. Doy consentimiento a mis compañías de electricidad y de calefacción para que proporcionen información sobre mi cuenta y de mi uso de energía al Departamento de Comercio de Minnesota (Comercio) y las contratistas del Comercio para el programa de Asistencia de Energía (EAP), Programa de Asistencia de Climatización (WAP), y el programa de Mejoras de Conservación (CIP).
2. Doy consentimiento a la Administración de Seguro Social y al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (MDHS) y a sus agencias afiliadas para que compartan información referente a mi Numero de Seguro Social y a mis beneficios de asistencia pública recibidos durante el último año para elegibilidad para beneficios con Comercio y sus contratistas de Comercio para EAP, WAP y CIP.
3. Autorizo a EAP, WAP, y CIP de Minnesota para:
 - Contactar a mi empleador para verificar mi ingreso.
 - Si alquilo, comunicarse con el dueño de la propiedad para verificar mi residencia y/o la fuente de calefacción.
4. Autorizo a mis Proveedores de Servicio local de EAP, WAP and CIP contactarme para referencias y encuentros.
5. Mi firma abajo afirma que la información en esta solicitud esta correcta. Entiendo que:
 - Actualmente vivo en la dirección que aparece en esta solicitud.
 - Estoy firmando de parte de todos los miembros de mi hogar.
 - Es posible que tenga que comprobar mis declaraciones.
 - Puedo ser civilmente o criminalmente penalizado bajo ley federal o estatal por intencionalmente hacer declaraciones falsas o fraudulentas.
 - Tengo derechos bajo los programas de EAP, WAP, and CIP. He recibido una copia de "Sus Derechos y Responsabilidades" y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones.
 - Puedo apelar las decisiones tomadas por mi Proveedor de Servicio EAP local sobre mis beneficios.
 - Entiendo que el llenar esta solicitud no garantiza que mi hogar recibirá asistencia.
 - Soy un adulto o un menor emancipado.

Nombre en letra de imprenta: _____

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

**Deberemos recibir esta solicitud dentro de los 60 días de haber sido firmada.
Esta solicitud deberá ser matasellada o recibida para el 31 de Mayo de 2017.
Los fondos se podrían agotar, apliquen pronto.**