

SOLICITUD DEL CONSOLIDATED ENERGY ASSISTANCE PROGRAM

_____ Department of Social Services del condado

AGENCY USE ONLY
Date Stamp

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Crisis Intervention Program | <input type="checkbox"/> Share the Warmth |
| <input type="checkbox"/> Low Income Energy Assistance Program | <input type="checkbox"/> Wake Electric Round Up |
| <input type="checkbox"/> Share the Light | |

Complete la solicitud que está a continuación y envíela al Department of Social Services local del condado en el que vive. Las solicitudes se pueden enviar por correo, por fax o dejar en persona.

La agencia revisará su solicitud y hará lo siguiente:

- Le enviará un formulario en el que se le solicite la información necesaria para completar su solicitud o;
- Le enviará una carta por correo en la que se le indique si califica para el programa y, de ser así, el monto que recibirá.
- La elegibilidad se basa en la disponibilidad de fondos, los criterios de elegibilidad y el cumplimiento de la prueba de ingresos. Puede encontrar más información sobre este programa en <https://www.ncdhhs.gov/divisions/social-services/energy-assistance>.

Información de contacto

Complete su nombre y domicilio particular actual. Si es posible, indique un número de teléfono o mensaje para que podamos comunicarnos con usted si tenemos preguntas. Esto ayudará a evitar retrasos a medida que revisamos su solicitud.

Nombre del solicitante _____

Primer Inicial del 2.º nombre Apellido Júnior/sénior, etc.

Dirección del hogar _____

Ciudad Estado Código postal Teléfono

Dirección postal _____

(Si es diferente a la del hogar) Ciudad Estado Código postal Teléfono

Miembros del hogar

Haga una lista de todas las personas que viven en su hogar y empiece con usted mismo. Llene cada casilla para cada miembro del hogar. Si hay más personas viviendo en su casa que la cantidad de espacio proporcionado, enumérelas en una hoja de papel aparte. Debe incluir los nueve números del número de seguro social (si están disponibles) y el mes, día y año de las fechas de nacimiento de todos los miembros del hogar.

Miembro del hogar	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Sexo M/F	*Raza (opcional)	Origen étnico, hispano o latino (opcional) SÍ/NO	Ciudadanía estado uniden se o alien SÍ/NO	¿Es discapacitado? SÍ/NO
			YO MISMO					

***Raza: elija uno o más números que se apliquen e ingrese arriba en la casilla de Raza: 1 – Nativo americano/nativo de Alaska, 2 – Asiático, 3 – Negro/afroamericano, 4 – Hawaiano/isleño del Pacífico, 5 – Blanco/caucásico y 6 - No informado**

Alguna persona en su hogar (marque todo lo que corresponda):

- Es de la tercera edad (60+)** **Recibe el servicio de discapacidad y servicios a través de la Division of Aging and Adult Services**

¿Cuál es la situación en cuanto al hogar renter o homeowner? (Marque una casilla)

Información de servicios públicos o del hogar

Rellene esta sección con los datos de su último extracto de combustible y factura de servicios públicos, tanto de su fuente de calor primaria (principal) como de la electricidad, si es distinta de su fuente de calefacción.

¿Ha vivido en la dirección doce (12) meses o más? Sí No

¿Las facturas del combustible de calefacción y de la electricidad están a su nombre? Sí No

¿Cuál es la principal forma de energía que utiliza para calentar su casa?

Gas natural Propano en cisterna Electricidad Leña Fuelóleo Querosén Carbón

Empresa principal de calefacción: _____ Número de cuenta: _____

¿Podría proporcionar los datos de su compañía eléctrica si no figuran en la lista anterior?

Compañía eléctrica: _____ Número de cuenta: _____

Ingresos

- Complete la sección que está a continuación para demostrar todos los ingresos brutos salariales y no salariales que cualquier persona en su hogar recibe de cualquier fuente, incluso si alguien tiene más de una fuente de ingreso. (El ingreso bruto es el ingreso recibido **antes de** impuestos u otras deducciones). **Esto incluye todos los ingresos que han terminado en los últimos 30 días.**

- Envíe copias de documentos que demuestren todos los ingresos brutos recibidos por cualquier persona el **mes pasado** como recibos de sueldo, carta de la fuente de los ingresos, etc.

Los ingresos salariales incluyen: salarios de todos los empleos, empleo por cuenta propia, propinas, pagos por servicios. Otros tipos son de las Fuerzas Armadas (sujeto a impuestos), anticipos de pago de bonificación, empleos de medio tiempo College Work Study, pago por longevidad, pago neto de empleo por cuenta propia, beneficios de capacitación en el empleo, ingresos de rentas, indemnización, Acuerdo de cultivadores de tabaco, Veteran Affairs (VA) Caregiver Stipend Program, salarios, propinas de salarios.

- Los ingresos no derivados del trabajo incluyen:** Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), pagos por adopción, pagos por acogimiento familiar, pensión alimenticia y manutención del cónyuge, manutención de los hijos, compensación por desempleo, prestaciones de veteranos, pensiones, jubilación ferroviaria, asignaciones militares, anualidad, prestaciones de jubilación por pulmón negro o pulmón marrón, seguro de desempleo, ingresos de patrocinadores alien, regalos monetarios y en efectivo, pagos por discapacidad, dividendos, asistencia educativa, distribución per cápita de la ganancia de los juegos a miembros de la Banda Oriental de la Tribu Cherokee, herencias, acuerdos de seguros, Intereses, pagos NAFTA y TRA, pensiones.

Miembro del hogar	Fuentes de ingresos	Frecuencia en la que se recibe	Salario bruto/ingresos del mes pasado	¿Sigue trabajando?
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

¿Alguien en el hogar obtuvo ingresos del trabajo por cuenta propia el mes pasado? Sí No

En caso afirmativo, envíe una copia del Formulario 1040 del Impuesto Federal sobre la Renta más reciente por cada persona que trabaja por cuenta propia junto con su solicitud.

Cheques/ahorros y otros recursos contables

Enumere los tipos de recursos y la cantidad o el valor.

Dueño	Tipo	¿Cuánto?
	Cuenta de cheques: cuentas individuales o conjuntas	\$
	Cuenta de ahorro: cuentas individuales o conjuntas	\$
	Efectivo disponible	\$
	Saldo restante de los pagos de la suma global	\$

ENERGY PROGRAM WORKSHEET

Applicant _____

I. COMPUTATION OF INELIGIBLE ALIEN'S INCOME

	Ineligible Alien 1		Ineligible Alien 2	
	Earned	Unearned	Earned	Unearned
A. Alien's Total Countable Gross Income	_____	_____	_____	_____
B. Total Number in Household (including alien)	_____	_____	_____	_____
C. Prorate Share (A ÷ B)	_____	_____	_____	_____
D. Number of Eligible Household Members	_____	_____	_____	_____
E. Amount to Count (C x D)	_____	_____	_____	_____

If it is earned income, enter the total amount to count (E.) in II.A.3.

If it is unearned income, enter the total amount to count (E.) in III.F.

II. COMPUTATION OF NET EARNED INCOME

A. Gross Wages	Amount	Verification-Source-Date-Computation
1. Household Member 1	_____	_____
2. Household Member 2	_____	_____
3. Ineligible Alien(s)	_____	_____
4. Business & Self Employment	_____	_____
5. Other	_____	_____
Total Gross Wages (1 through 5)	_____	_____
B. Work-Related Expenses		
1. Household Member 1	_____	_____
2. Household Member 2	_____	_____
3. Ineligible Alien(s)	_____	_____
4. Legal Support Obligation	_____	_____
5. Child Care	_____	_____
Total Expenses (1 through 5)	_____	_____
C. Total Countable Earned Income (II.A. Minus 11.B.)	_____	

III. COMPUTATION OF NET UNEARNED INCOME

A. Work First Benefits	_____	_____
B. SSI Benefits	_____	_____
C. Social Security	_____	_____
D. Veterans Benefits	_____	_____
E. Unemployment Benefits	_____	_____
F. Ineligible Alien(s)	_____	_____
G. Child Support	_____	_____
H. Other	_____	_____
Gross Unearned Income (A through H)	_____	_____

IV. MEDICAL DEDUCTION

\$85 Per Specified Person	_____
Total Medical Deduction	_____

V. COMPUTATION OF TOTAL COUNTABLE INCOME

A. Total Earned and Unearned Income (II.C. plus III.)	_____
B. Total Medical Deduction (IV.)	_____
TOTAL COUNTABLE INCOME (A. Minus B.)	_____

Number Eligible in Household: _____ Eligible Based on Income: _____ Yes _____ No _____

