



**PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS DE RHODE ISLAND**  
**Formulario de solicitud 2022-2023**

Número de solicitud: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Por favor, lea y complete el siguiente formulario de dos páginas.

\*Solicitud LIHWAP para fuera de temporada de calefacción (1 de Mayo al 30 de Septiembre)

**Solicitante principal**

<b>Nombre</b>		<b>Teléfono</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono móvil</b>	
<b>Ciudad Estado</b> <b>Código postal</b>			
<b>Email</b>		<b>¿Hay algún veterano en el hogar?</b>	Sí No

<b>¿Habla inglés?</b>	Sí	No	Si no es así, ¿qué idioma habla?	
-----------------------	----	----	----------------------------------	--

Lista de todos los miembros del hogar				Sexo	Discapacitados	Raza	Etnia	Nivel de educación	Seguro de salud	Relación	Estado civil
Nombre	Fecha de nacimiento	Código de ingresos	Número de Seguro Social								

Ve los códigos de solicitud en la página 3

**Información sobre los miembros/vivienda**

**Tipo de vivienda (marque una):**

Unifamiliar - Propio	Unifamiliar - Alquiler	Dúplex - Propio	Dúplex - Alquiler	Condominio - Propio	Condominio - Alquiler
Multifamiliar (2-4) - Propio	Multifamiliares (2-4) - Alquiler	Multifamiliar (5+) - Propio	Multifamiliares (5+) - Alquiler	Casa móvil - Propia	Casa móvil - Alquiler

<b>¿Recibe usted prestaciones del programa SNAP (cupones de alimentos)?</b>	Sí	No	<b>Alquiler mensual o pago de la hipoteca:</b>	
---	----	----	--	--

**Información Sobre el Agua**

¿Estás actualmente sin agua porque estaba desconectada?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuándo se desconectaron sus servicios?	
¿Está actualmente en peligro de no tener agua porque puede desconectarse pronto?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuándo es su fecha de desconexión?	
¿Debe más de \$150 en su factura de agua?	Sí	No	¿Cuánto debe en su factura de agua?	

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Número de solicitud: \_\_\_\_\_

**Información de Alcantarillado**

¿Su factura de aguas residuales se vendió en una venta de impuestos o causó un gravamen a la propiedad?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuándo se desconectaron sus servicios?	
¿Está actualmente en amenaza de venta de impuestos o gravamen debido a su factura de aguas residuales?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuándo es su fecha de venta de impuestos?	
¿Debe más de \$150 en su factura de aguas residuales?	Sí	No	¿Cuánto debe en su factura de aguas residuales?	\$

**Información para proveedores / Conservación****Servicios Adicionales (marque uno)**

¿Está interesado en que su hogar sea climatizado (insulado)?	Sí	No
¿Se ha climatizado su hogar?	Sí	No
¿Necesita servicios de despensa de alimentos?	Sí	No

**Información del propietario (por favor, rellene)**

Nombre del propietario	
Dirección del propietario	
Teléfono del propietario	

**Proveedor de Servicios de Agua**

Compañía de agua	
Número de Cuenta	
Nombre en la factura	

**Proveedor de Servicios de Aguas Residuales**

Compañía De aguas residuales	
Número de Cuenta	
Nombre en la factura	

**ACUERDO Y FIRMA**

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera y exacta. Toda la información contenida en esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para los beneficios bajo el Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP) de Rhode Island junto con la solicitud del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP). La recopilación de su número de Seguro Social no está prohibida por la ley federal y se requiere como estipulación para recibir beneficios. (por sus siglas en inglés) Al proporcionar información de la solicitud, usted está autorizando al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island y a sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados contra las bases de datos o registros federales, estatales, del condado, de proveedores de agua y aguas residuales, empleadores y propietarios. También autorizo a mi proveedor de agua / aguas residuales / compañía de servicios públicos a divulgar datos relacionados con el agua / aguas residuales con respecto a mi hogar al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island o sus agentes autorizados. Además, afirmo que soy la única persona en el hogar que solicita asistencia de LIHWAP este año del programa, y que no he solicitado previamente LIHWAP en este lugar o en ninguna otra agencia autorizada de LIHWAP. Autorizo al Departamento de Servicios Humanos del Estado de Rhode Island a considerar y verificar que los subcontratistas compartan esta información con fines de presentación de informes, a fin de administrar de manera efectiva y eficiente los programas de Servicios Humanos.

Sé que, si cualquier información que proporcione en esta solicitud es falsa o engañosa, será la base para la inelegibilidad y será investigada y procesada como fraude.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si no recibe una decisión sobre su solicitud después de 60 días a partir de la fecha de recepción de la misma, tiene derecho a una audiencia imparcial y puede presentar un recurso. **Cualquier información que falte o esté incompleta en este formulario o en la documentación posterior puede retrasar el proceso de solicitud.**

**ESTA SECCIÓN DEBE SER RELLENADA ÚNICAMENTE POR LA AGENCIA**

**Declaración de admisión:** Certifico que he seguido las políticas establecidas en el Manual de Administración y Procedimientos de LIHEAP de Rhode Island al procesar esta solicitud de beneficios de LIHEAP, y que, a mi leal saber y entender, la información de este formulario es completa y exacta.

Este solicitante presentó En persona  Mediante un representante  Por correo

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### CÓDIGOS DE SOLICITUD

<b>Ingresos:</b>	Salario bruto =W	Autoempleo =S	Seguridad Social = SS	Desempleo = U	Compensación laboral = C
Prestaciones para veteranos = V	Pensión = P	Dividendo/Interés=D	Ingresos por alquiler =R	Pensión alimenticia = A	Manutención de los hijos =CI
Obras de RI=RI	Carta de apoyo = H	TDI = TD	SSI =SSI	SNAP/Cupones de alimentos =F	

<b>Educación:</b>	0-8º grado=A	9-12º Graduado=B	No Graduado de secundaria/GED=C	de	12+ secundaria parcial=D	Graduado universitario de 4 años=E	Sin respuesta=U
-------------------	--------------	---------------------	---------------------------------------	----	--------------------------	------------------------------------	-----------------

<b>Raza:</b>	Negra/afroamericana = 01	Blanca=02	Asiática=03	Hispana/Latina=04
Hawái/Islas del Pacífico = 05	Indio Americana/Nativa de Alaska=06	Sin respuesta=07	Otros=08	Dos o más razas=09

<b>Etnia:</b>	Hispano/Latino =01	No Hispano/Latino =02	Desconocido/ No reportado=03
---------------	--------------------	-----------------------	------------------------------

<b>Médico:</b>	Medicare=01	Medicaid = 02	Privado=03	Ninguno=04	Rite Care = 05	Otros desconocidos=06
----------------	-------------	---------------	------------	------------	----------------	-----------------------

<b>Relación:</b>	Solicitante=A	Cónyuge=S	Niño=C	Hijo adoptivo=F	Madre=M	Padre=F	Padre del niño=D	Hermana=G
Hermano=B	A b u e l o = E	Tía=I	Tío=U	Primo=L	Sobrino=N	Sobrino=R	No relacionado=Z	Otros=O

<b>Género:</b>	Femenino=F	Masculino=M	Otros no revelado =O
----------------	------------	-------------	----------------------