Programa de Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregón

Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos

# Paso 1: Residencia del solicitante

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del solicitante:** |  | **Fecha de hoy:** |  |
| **Dirección actual:** |  | **Número de apartamento:** |  |
| **Ciudad:** |  | **Estado:** | **O** | **Código postal:** |  |
| **Dirección postal (si es diferente):** |  |
| **Número de teléfono:** |  | **¿Se pueden enviar mensajes?** [ ]  Sí [ ]  No |
| **Correo electrónico** (si es su modo de comunicación preferido): |  |
| **Nombre de administrador de casos** (se le puede enviar una copia de la carta de pago): |  |

# Paso 2: Hogar

Complete la información para **todos** aquellos que vivan en el hogar, incluso si no son miembros de la familia (como un compañero de habitación).
Su nombre debe estar en la primera línea.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Relación con el solicitante** | **Fecha de nacimiento** | **Número de Seguro Social** (a tener en cuenta en el cálculo) | **Género** | **Origen étnico** | **Raza1** | **¿Tiene algún tipo de discapacidad?**(S/N) | **Grado escolar más alto que completó** | **Idioma2** | **¿Usted es exmilitar?**(S/N) | **¿Tiene cupón****de alimentos?**(S/N) |
| Solicitante ya mencionado | en representación propia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1 AAN = aborigen de América del Norte o nativo de Alaska, AS = asiático, AA = negro o afroamericano, NH/IP = nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico, B = blanco

2 I = inglés, E = español, C = chino, R = ruso, J = japonés, otro = indique cuál

# Paso 3: Tipo de vivienda

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vivo en: | [ ]  Una casa | [ ]  Un apartamento (2 a 4 unidades) | [ ]  Un apartamento (más de 4 unidades) | [ ]  Una casa rodante |
|  | [ ]  Una Casa móvil/prefabricada  | [ ]  Otra: |       |  |
| Mi parte del pago de la **hipoteca/alquiler** me cuesta: | $      |  [ ]  Alquilar o [ ]  ser propietario |
| Una agencia o individuo me ayuda a pagar el alquiler. Pagan | $      |  [ ]  Cada mes o [ ]  a veces |
| ¿Quién ayuda con los gastos? |       |  |
| Mi parte de los **servicios públicos** suele ser | $      |  por mes. |
| Una agencia o individuo me ayuda a pagar los servicios públicos. Pagan | $      |  [ ]  Cada mes o [ ]  a veces |
| ¿Quién ayuda con los gastos? |  |  |
| **Fuente de calor:** |
| Mi **principal** fuente de calor es: | [ ]  eléctrica [ ]  gas natural [ ]  aceite [ ]  madera [ ]  estufa de leña [ ]  otra:       |
| Mi fuente de calor **secundaria** es: | [ ]  eléctrica [ ]  gas natural [ ]  aceite [ ]  madera [ ]  estufa de leña [ ]  otra:       |

# Paso 4: Tipo de solicitud

**Estoy solicitando:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  **Asistencia para la calefacción** | **o** | [ ]  **Asistencia para la refrigeración** (***solo durante los meses de verano***) |
| [ ]  100 % principal | [ ]  Distribución 50/50  |  | [ ]  100 % eléctrica  |
| [ ]  100 % secundaria | [ ]  Otra:       |  |  |

**Marque, si corresponde, y proporcione información adicional:**

[ ]  He tenido un cambio repentino en los ingresos o en los gastos médicos, lo que dificulta el pago de mis facturas. Esto es lo que ocurrió:

|  |
| --- |
|       |
|  |
|  |

# Paso 5: Limitación de responsabilidad del solicitante (en vigor desde el 2022-2023, todas las solicitudes deben contener ESTA exención de responsabilidad)

**PARTE 1: AVISO PARA EL SOLICITANTE, EXENCIONES DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE, LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

En vigor desde el 10/01/2022

* Yo, el solicitante, entiendo que los programas gubernamentales de asistencia de energía y climatización son voluntarios y que mi solicitud está sujeta a un proceso de revisión para determinar la elegibilidad de mi hogar.
* Entiendo que, para que la solicitud de mi hogar sea considerada, debo presentar una solicitud completa que proporcione toda la información requerida.
* Entiendo que se me puede pedir que proporcione información o documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar.
* Entiendo que la solicitud de mi hogar y los materiales de información o documentación adicional formarán parte de la solicitud de mi hogar (la “solicitud”).
* Entiendo que las determinaciones sobre la elegibilidad de la asistencia son hechas por el Departamento de Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregón (OHCS) en conjunto con las agencias sub-subvencionadas (las “sub-subvencionadas”).
* En el caso de que la solicitud de mi hogar sea denegada, es posible que tenga derecho a una revisión de mi solicitud según las normas administrativas aplicables de Oregón.
* Una vez que me inscriba con éxito en los programas LIHEAP/OEAP, autorizo además a OHCS y al estado de Oregón, incluidos los subcontratistas designados, y a las sub-subvencionadas de OHCS a divulgar mi solicitud y la información sobre los beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso respaldados por el OHCS (incluidos sus subcontratistas y las sub-subvencionadas de OHCS) a los proveedores de servicios de energía (según se define a continuación) con el fin de administrar, supervisar, investigar y evaluar la entrega y la eficiencia del programa LIHEAP/OEAP.
* Declaro que la información que proporciono para completar mi solicitud es verdadera y correcta.
* Acepto cumplir con los requisitos del programa gubernamental de asistencia de energía y de climatización para los hogares elegibles.
* Si recibo algún equipo de calefacción o refrigeración debido a mi elegibilidad para estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus sub-subvencionadas o contratistas.
* Estoy de acuerdo en que soy responsable de devolver los fondos no elegibles o los fondos utilizados indebidamente.
* Autorizo y eximo de responsabilidad a OHCS (incluido a sus subcontratistas y a las sub-subvencionadas de OHCS) a divulgar mi solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso hasta un (1) año de programa después de mi participación en los programas LIHEAP/OEAP.

**PARTE 2: AVISO PARA EL SOLICITANTE, LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGÍA Y LA INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE SERVICIOS DE ENERGÍA DEL SOLICITANTE**

* Entiendo que el Estado de Oregón, incluido el OHCS, sus subcontratistas designados y las sub-subvencionadas, pueden solicitar información relacionada con mi(s) cuenta(s) de servicios de energía (la “cuenta”) a mi(s) proveedor(es) de servicios de energía, incluida la empresa de servicios públicos, el proveedor de combustible, el distribuidor u otra entidad similar que proporcione servicios similares (los “proveedor de servicios de energía”), una vez que mi hogar solicite asistencia de energía por medio de uno de los programas de asistencia de energía, incluido, aunque no de forma excluyente, el Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregón (Oregon Energy Assistance Program, OEAP).
* Entiendo que la información relacionada con mi cuenta puede ser solicitada por el estado de Oregón, la OHCS, sus subcontratistas designados y las sub-subvencionadas con el fin de, entre otros, determinar la elegibilidad de mi hogar para la asistencia de energía, y administrar, supervisar, investigar y evaluar los programas de asistencia de energía (todo ello según lo determine la OHCS a su entera discreción).

**Con mi firma,**

* Reconozco que soy el titular de la cuenta (o el agente autorizado del titular de la cuenta) para la(s) cuenta(s) de proveedor de servicios de energía identificada(s) en esta solicitud.
* Por la presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi(s) proveedor(es) de servicios de energía para que divulgue(n) y proporcione(n) toda la información relacionada con mi cuenta, incluidos, entre otros, el número de cuenta, el nombre de la cuenta, la dirección de servicio, las fechas de facturación y los montos cobrados, la información relacionada con las acciones de cobranza, otros diversos cargos e información de la cuenta u otros datos similares de la cuenta, según lo solicite la OHCS o su subcontratista designado (en adelante, la “información de la cuenta”) al Estado de Oregón, la OHCS, sus subcontratistas designados y las sub-subvencionadas. Entiendo y acepto que, si recibo algún equipo de calefacción o refrigeración como resultado de cualquiera de estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus subvencionados o contratistas.
* Por la presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi(s) proveedor(es) de servicios de energía por la divulgación de la información de mi cuenta durante un máximo de dos (2) años del programa de asistencia de energía (del 1 de octubre al 30 de septiembre) anteriores a mi solicitud y durante tres (3) años del programa (del 1 de octubre al 30 de septiembre) posteriores a la presentación de mi solicitud.
* Por la presente autorizo y eximo de responsabilidad al estado de Oregón, a la OHCS, a sus subcontratistas designados y a las sub-subvencionadas en el uso (según lo autorice la OHCS a su entera discreción) de la información de mi cuenta divulgada.

|  |
| --- |
| PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE |

Con mi firma, por la presente proporciono la autorización, la aprobación y los reconocimientos requeridos tanto en la PARTE 1 como en la PARTE 2 de esta SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA ENERGÍA Y LA CLIMATIZACIÓN: DECLARACIONES Y APROBACIONES DEL SOLICITANTE REQUERIDAS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |       |
| Firma del solicitante o representante autorizado |  | Fecha |
|  |  |       |
| Firma del titular de la cuenta (si es diferente del solicitante)  |  | Fecha |

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Comuníquese con el Programa de Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregón (OHOP) llamando al 971-673-0144. Aceptamos todas las llamadas por servicio de retransmisión o puede marcar el 711.