RESET

ព័ត៌មានសំខាន់អំពីកម្មវិធី ជំនួយថាមពល (ENERGY ASSISTANCE PROGRAM) ។ | 关于能源补助计划的重要消息 | Важные сведения о программе помощи при оплате счетов за энергию | Información importante sobre un programa de asistencia para el pago de energía | Thông báo quan trọng về chương trình trợ giúp năng lượng

# 2026-27 低收入家庭能源补助计划 (LIHEAP) 申请表

要申请能源援助，您必须完成正反两面的所有问题，并在红色“X”处签名。
**您也可以在线申请：www.dhs.pa.gov/COMPASS 或在找到您当地郡补助办公室的地址，其网址为 WWW.DHS.PA.GOV**

LIHEAP DISTRICT
1163 S BROAD ST
PHILADELPHIA, PA 19147

您的姓名和地址

您的郡补助办公室地址

**如果您需要帮助，请联系您当地的郡补助办公室。**

仅供 DHS 使用

☐ CRISIS ☐ CASH

Application Registration Number

County

District

Record Number

Worker I.D.

☐ Rejected ☐ Approved

Date

## 1 请为户主填写此部分。

*使用第2页的代码帮助提供详细信息。

| 姓名（包括姓、名、中间名首字母） | 出生日期 | 性别 | 社会安全号码 |
|---|---|---|---|
| 家庭地址（包括街道、单元号、城市、州和邮政编码+4） | | | |
| 邮寄地址（如有不同的地址）（包括街道、单元号、城市、州和邮政编码+4） | | | |

| 您居住的郡 | 电话号码：( ) | 国籍* | 种族（可选）* | 民族（可选）* | 婚姻状况* |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

如果您目前正在接受现金、医疗补助或 SNAP 福利，我们可以使用您文件中的收入数据吗？ ☐ 是 ☐ 否

## 2

您偏好的语言是什么？ What language do you prefer?
☐ 英语/English ☐ 西班牙语/Spanish ☐ 其他/Other（请指定/Specify） _____
您需要口 译员吗？ Do you need an interpreter? ☐ 是/Yes ☐ 否/No
如果需要，什么语言？ If yes, what language? _____

## 3 您是：

☐ 租房且包括暖气
☐ 租房且**不**包括暖气
☐ 无关房客
☐ 租住补贴住房/第8节住房且包括暖气
☐ 租住补贴住房/第8节住房且**不**包括暖气
☐ 房主或正在购买房屋
☐ 其他：_____

如果您的租金包括暖气，请附上房东的说明，说明包括暖气以及使用的暖气类型。

## 4 您的主要供暖来源是什么？

请选择您在家中用于供暖的最常用的能源类型。您仅可针对您在家中使用的主要能源类型获得LIHEAP福利。请附上最近的账单的副本。

☐ 电 ☐ 燃油 ☐ 煤 ☐ 天然气 ☐ 煤油 ☐ 丙烷或瓶装气 ☐ 混合燃料 ☐ 木材/其他

## 4a 您需要电力来运行您的主要供暖来源（辅助供暖）吗？ ☐ 是 ☐ 否

## 5 如果您遇到以下任何情况，请勾选并提供必要的解释 （LIHEAP 相关危机）：

☐ 电力被切断
☐ 天然气被切断
☐ 燃料用完
☐ 有电力切断通知
☐ 有天然气切断通知
☐ 将在15天内用完燃料
☐ 主要供暖来源无法工作

解释：_____

LIHEAP Low-Income Home Energy Assistance Program

COMPASS CLICK. APPLY. BENEFIT.

6 **您的主要供暖来源的公用事业公司或燃料经销商是哪家？** 写下他们的名字和地址，以及您的账户信息。

| 公用事业公司或燃料经销商名称 | 账户号码 |
|---|---|
| Philadelphia Gas Works | |
| 地址（包括街道、城市、州和邮政编码+4） | 账户名称 |
| 800 W. Montgomery Ave. Philadelphia, PA 19122 | |

如果未列出，请列出您的电力公司。

7

| 电力公司名称 | 账户号码 |
|---|---|
| | |

8 您在家中使用其他供暖来源吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果**是**，请解释：_____

9 如果您住在补贴/公共住房中，您是否收到公用事业津贴支票？ ☐ 主要能源或 ☐ 次要能源（电力）

10 如果您住在补贴/公共住房中，您是否收到公用事业津贴支票？ 仅当款项直接支付给您的家庭而不是支付给房东或公用事业公司时，才勾选“是”。 ☐ 是 ☐ 否 如**果是**，多少？ $ _____

11 您的家庭中有人因残疾而领取财务援助吗？ ☐ 是 ☐ 否

如 **果是**，谁？_____

12 列出与您同住在此地址的人。包括所有儿童和成人。包括相关房客。包括所有分担家庭开支的无关房客。不包括在监狱/监禁中的任何人。不包括在第1栏中列出的家庭成员。**见第4页的“您是否记得...”。****使用下面的代码帮助提供每个家庭成员的详细信息。**

使用以下代码来帮助提供您家庭中每个人的详细信息。

**国籍*:** (1) 美国公民，(2) 永久居民，(3) 临时非公民，(4) 难民/政治庇护者，(5) 其他-不符合福利资格（所有非美国公民必须提供移民身份证明。）

**种族*:**（可选） (1) 黑人或非裔美国人，(3) 美国印第安人或阿拉斯加原住民，(4) 亚洲人，(5) 白人，(7) 夏威夷原住民或其他太平洋岛民。列出所有适用的种族。

**民族*:**（可选） (1) 非西班牙裔，(2) 西班牙裔或拉丁裔

**婚姻状况*:** (1) 单身，(2) 已婚，(3) 普通法婚姻，(4) 分居，(5) 离婚，(6) 鳏夫/寡妇

| **姓名**（包括姓、名、中间名首字母） | **出生日期**（月/日/年） | **性别**男性/女性 | **社会安全号码** | **国籍*** | **种族***（可选） | **民族***（可选） | **婚姻状况*** | **与您的关系** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 第1人 | | | | | | | | |
| 如果此人目前正在接受现金、医疗补助或 补充营养补助计划（SNAP）福利，我们可以使用我们文件中的收入数据吗？ ☐ 是 ☐ 否 | | | | | | | | |
| 第2人 | | | | | | | | |
| 如果此人目前正在接受现金、医疗补助或 补充营养补助计划（SNAP）福利，我们可以使用我们文件中的收入数据吗？ ☐ 是 ☐ 否 | | | | | | | | |
| 第3人 | | | | | | | | |
| 如果此人目前正在接受现金、医疗补助或 补充营养补助计划（SNAP）福利，我们可以使用我们文件中的收入数据吗？ ☐ 是 ☐ 否 | | | | | | | | |
| 第4人 | | | | | | | | |
| 如果此人目前正在接受现金、医疗补助或 补充营养补助计划（SNAP）福利，我们可以使用我们文件中的收入数据吗？ ☐ 是 ☐ 否 | | | | | | | | |

如果您的家庭中有更多人，请在单独的一张纸上提供他们的信息，并随申请表一起发送。

**在线申请可登录网址：www.dhs.pa.gov/COMPASS**

**在文件中使用某人的收入吗？您无需在问题13中列出他们或他们的收入。**

**13** **请列出您家庭中** 的任何人在您提交申请前的一个月收到的所有收入 。 **收入类型/来源来自包括以下方面:** 就业收入、退伍军人福利、失业救济金、社会保障金、赡养费、工伤赔偿金、利息/股息、租金收入、赠与、退休金等等。 **请参阅第 4 页的“您是否记得...”。**

| 有收入的人的姓名 | 收入类型/来源 | 开始日期 | 第一张工资单的日期 | 每月多少? |
|---|---|---|---|---|
| 有收入的人的姓名 | 收入类型/来源 | 开始日期 | 第一张工资单的日期 | 每月多少? |
| 有收入的人的姓名 | 收入类型/来源 | 开始日期 | 第一张工资单的日期 | 每月多少? |
| 有收入的人的姓名 | 收入类型/来源 | 开始日期 | 第一张工资单的日期 | 每月多少? |

**14** 您对免费房屋保温节能服务感兴趣吗？房屋保温节能包括家庭保温和供暖系统评估。 ☐ 是 ☐ 否

**15** 您或您的家庭成员是否正在逃避因犯罪或企图犯罪而被起诉或拘留？ ☐ 是 ☐ 否

如果**是**，谁？ _____

**16** 有人在美国军队服役或曾在美国军队服役吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果**是**，谁？ _____

有人是美国军队成员或曾在美国军队服役的鳏夫、配偶或子女（未满18岁）吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果**是**，谁？

_____

**17** 您希望 DHS 与您的公用事业公司分享您申请表中的信息，以帮助您的家庭注册公用事业或能源补助计划吗？ ☐ 是 ☐ 否

许多宾夕法尼亚州的天然气和电力公司提供帮助低收入客户减少每月账单、节约能源和消除逾期余额的项目。如果您希望本人们分享，DHS可以与您的公用事业公司分享您的申请信息，包括您的收入和家庭成员（如姓名和出生日期），以帮助您注册这些项目。您的信息将被保密。

这是可选的。如果您符合条件，您可以获得 LIHEAP 补助金，即使您不希望 DHS 与您的公用事业公司分享您的信息。

## 认证

1. 本人在此申请表上的签名表示本人同意民政服务部或其授权代理：(a) 核实本人提供的关于本人居住地、工作、收入、资源、能源供应和能源供应商的任何信息；(b) 与本人的能源供应商分享信息，并从本人的能源供应商接收信息，以便 DHS 获得本人的年度能源消耗、成本和账单信息的记录，用于项目评估、运营或报告；(c) 完成任何与能源援助相关的调查。
2. 提供这些信息（包括您的社会安全号码）是自愿的；然而，如果未能提供所需的信息，可能会延迟或阻止您的申请的完成或您获得福利的能力。如果您未能提供社会安全号码或未能完成以下信息，您可能没有资格获得福利。

   本人在此证明：（请勾选所有适用的项）

   ☐ 本人为所有家庭成员提供了 社会安全号码。

   ☐ 据本人所知，这些家庭成员 没有社会安全号码：

   _____ 姓名正楷体　　_____ 姓名正楷体

   ☐ 以下家庭成员 正在行使1974年隐私法第7节的权利，拒绝披露他们的社会安全号码, 或者由于是家庭暴力 的受害者，可能无法披露：

   _____ 姓名正楷体　　_____ 姓名正楷体
3. 本人授权将 LIHEAP 资格信息释放给本人的能源供应商或天气化机构，并允许他们为本人寻求本人可能有资格获得的援助。援助可能包括 LIHEAP 现金、危机或房屋保温节能福利。
4. 本人明白本人有权对本人认为不当的决定或不合理的决定延迟提出上诉。
5. 本人确认宾夕法尼亚州是本人的合法居住地。
6. 本人明白在此计划的管理中将使用我提供的社会安全号码，且将与其他计划进行交叉匹配。
7. 本人明白本人将收到一份资格或不合资格的通知，如果合乎资格，通知将说明本人的福利金额。
8. 本人进一步明白，如果本人的家庭符合 LIHEAP 现金福利条件，必须直接发送给本人的公用事业公司或燃料经销商，除非本人是租房者并且本人的租金包括暖气，或者本人的燃料由不接受供应商支付的燃料经销商提供。
9. 本人认证，依照法律规定的处罚，本人提供的信息是真实、正确和完整的。
10. 本人知道如果本人提供虚假信息，本人可能会被罚款和/或监禁。
11. 本人明白签署此申请表可能不符合资格，因为 LIHEAP 资金已用完。
12. 如果您的家庭符合 LIHEAP 条件，您可能会收到一封快速通道同意书，允许您和您的家庭成员自动注册医疗援助。

**隐私法通知；授权：** 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i) 授权收集此信息。

**目的：** 民政服务部（“DHS”）将使用此信息识别和验证申请人收入。

**常规用途：** 信息将由需要信息以进行 LIHEAP 管理的 DHS 人员和承包商或其他代理使用和披露。此外，DHS 可根据联邦或宾夕法尼亚州法律的要求与其他政府机构或立法代表的报告分享信息。

**请在此签名 - 使用墨水**

X _____ 签名　　_____ 日期

## 您是否记得...

- ☐ 清楚完整地填写所有必填信息。
- ☐ 为**所有**家庭成员提供社会安全号码或在第3页的认证部分填写能源补助担保书。
- ☐ 如果您是非美国公民，请提供移民身份证明。
- ☐ 如果您租房包括暖气，请发送您的租赁协议副本或房东签名的书面声明，解释您如何支付暖气费和使用的暖气类型。
- ☐ 如果您支付暖气费，请发送您的主要供暖来源的账单。附上一份在您提交申请之日两个月内的公用事业账单副本。对于其他燃料，请提供从上一取暖季节的1月到现在的账单/收据。
- ☐ 如果您希望付款发送给您的辅助供暖提供者，请附上主要**和**次要供暖账单的副本。
- ☐ 请寄来所有收入的证明。如果您领取国土安全部 (DHS) 的其他福利，并勾选了允许使用档案中的收入的方框，则无需寄来收入证明。

  **示例**：如果您在11月申请并发送：

  a) 单月收入证明 - 请提交十月份（即申请月份的前一个月）的收入证明。

  b) 12 个月的收入 - 发送上一年 11 月到今年 10 月的收入证明。

  **证明包括工资单、获得信、雇主声明等。**
- ☐ 如果您告诉本人们您没有收入或您的收入低于每月基本生活需求的费用，请发送一份声明，解释您的家庭如何支付基本生活需求（食物、租金等）。
- ☐ 签署并注明日期您的申请表。
- ☐ 将填写完成的申请表和所有文件邮寄到您当地的郡补助办公室。如果您不确定在哪里，请拨打1-866-857-7095。

**如果您不随此表格发送本人们需要的证明，本人们将无法处理您的申请。**

## 选民登记（可选）：此部分仅适用于美国公民

**如果您没有在当前居住地注册投票，您是否希望今天在这里申请注册投票？** ☐ **是** ☐ **否**

如果您不勾选任一框，您将被视为暂时决定不注册投票。

**要注册，您必须：**

1） 在下次选举日年满18岁；
2） 在下次选举前至少一个月成为美国公民；
3） 在下次选举前至少30天居住在宾夕法尼亚州和投票区。

**申请注册或拒绝注册投票不会影响本机构为您提供的补助金额。**

如果您需要帮助填写选民注册申请表，本人们会帮助您。是否寻求或接受帮助的决定由您做出。您可以私下填写申请表。如果您需要帮助，请联系郡补办公室。

如果您认为有人干扰了您注册或拒绝注册投票的权利、决定是否注册或申请注册投票的隐私权，或选择自己的政党或其他政治偏好的权利，您可以向宾夕法尼亚州州务卿办公室（ the Secretary of the Commonwealth）投诉，通讯地址为 the Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120。（免费电话：1-877-VOTESPA。）

**郡补助办公室工作人员将根据您的上述回应填写此框**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Given to Client __/__/__ | ☐ Sent to voter registration __/__/__ | ☐ Mailed to Client __/__/__ |
| ☐ Declined, not interested __/__/__ | ☐ Not a U.S. citizen __/__/__ | ☐ Declined, already registered __/__/__ |

如果您有残疾并需要此申请表的大字版或其他格式，请拨打本人们的**服务热线1-800-692-7462。**
通过拨打PA Relay 711可获得TDD服务。

**在线申请请访问 www.dhs.pa.gov/COMPASS**

COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.