RESET

ព័ត៌មានសំខាន់អំពីកម្មវិធីជំនួយថាមពល (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 SOLICITUD PARA EL PROGRAMA PARA ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)

Para solicitar el beneficio de asistencia para energía, debe completar todas las preguntas del frente y reverso y firmar donde está la "X" de color rojo.
TAMBIÉN PUEDE SOLICITAR EL BENEFICIO EN LÍNEA EN www.dhs.pa.gov/COMPASS, o encuentre la dirección de la Oficina de Asistencia de su condado en WWW.DHS.PA.GOV.

LIHEAP DISTRICT
1163 S BROAD ST
PHILADELPHIA, PA 19147

SU NOMBRE Y DIRECCIÓN

Dirección de su Oficina de Asistencia del Condado

Si necesita ayuda con estas instrucciones, contacte a la oficina de asistencia de su condado.

DHS USE ONLY

☐ CRISIS ☐ CASH

Application Registration Number

County

District

Record Number

Worker I.D.

☐ Rejected ☐ Approved

Date

1 Complete esta sección con los datos del cabeza de familia.

*Use los códigos de la página 2 para ayudar a proporcionar los detalles.

Nombre (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social

Dirección particular (incluya calle y número, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4)

Dirección postal, si es diferente (incluya calle, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4)

Condado en el que reside	Número de teléfono: ( )	Ciudadanía*	Raza (opcional)*	Grupo étnico (opcional)*	Estado civil*

Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? ☐ Sí ☐ No

2

What language do you prefer? ¿Qué idioma prefiere usted? ☐ English/Inglés ☐ Spanish/Español
☐ Other/Otro (specify/especifique) _____

Do you need an interpreter? ¿Necesita un intérprete? ☐ Yes/Sí ☐ No
If yes, what language? En caso afirmativo, ¿de qué idioma? _____

3 Usted:

☐ alquila y los gastos de calefacción están incluidos
☐ alquila una vivienda subsidiada/del programa "Section 8" con gastos de calefacción incluidos
☐ alquila y los gastos de calefacción **no** están incluidos
☐ alquila una vivienda subsidiada/del programa "Section 8" con gastos de calefacción **no** incluidos
☐ vive con este grupo familiar sin ser pariente
☐ es propietario o está comprando su vivienda
☐ Otros: _____

Si el gasto de calefacción está incluido en su alquiler, adjunte una nota del propietario que le alquila la vivienda en la que declare que el gasto de calefacción está incluido, así como el tipo de combustible utilizado.

4 ¿Cuál es su fuente principal de calefacción?

Elija el tipo de energía que más utiliza para calefaccionar su hogar. Solo puede recibir beneficios del Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) para la fuente de energía principal o el tipo de energía que alimenta su fuente principal. Adjunte una copia de la última factura.

☐ Electricidad ☐ Aceite ☐ Carbón ☐ Gas natural ☐ Querosén ☐ Gas propano o envasado ☐ Combustibles mixtos ☐ Madera/Otros

4a ¿Necesita electricidad para el funcionamiento de su fuente de calor principal (calor secundario)? ☐ Sí ☐ No

5 Marque si algo de lo siguiente se aplica y explique si es necesario (Crisis de LIHEAP):

☐ Servicio de electricidad suspendido
☐ Tiene un aviso de suspensión para la electricidad
☐ La fuente de calor principal no funciona
☐ Servicio de gas suspendido
☐ Tiene un aviso de suspensión para el gas
Explique: _____
☐ Se acabó el combustible
☐ Se acabará el combustible en 15 días
_____

LIHEAP Low-Income Home Energy Assistance Program

COMPASS CLICK. APPLY. BENEFIT.

6 **¿Cuál es la compañía de electricidad o el distribuidor de combustible de la fuente de calefacción principal?**.

Nombre de la empresa proveedora del servicio público o del proveedor de combustible	Número de cuenta
Philadelphia Gas Works	
Dirección (incluya calle y número, ciudad, estado y código postal+4)	Nombre en la cuenta
800 W Montgomery Ave. Philadelphia, PA 19122	

7 Indique el nombre de su compañía de electricidad si no figura arriba.

Nombre de la empresa de electricidad	Número de cuenta

8 ¿Usa usted otra fuente de calor en su hogar? ☐ Sí ☐ No

Si respondió **que sí**, explique: _____

9 ¿Qué fuente de energía desea que reciba el pago del LIHEAP? (elija una opción) ☐ Principal o ☐ Secundaria (eléctrica)

10 Si vive en una vivienda subsidiada/pública, ¿recibe un cheque en concepto de asignación para servicios públicos? Marque "Sí" solo si se paga directamente a su hogar y no al propietario o a la compañía de electricidad ☐Sí ☐ No Si la respuesta **es sí**, ¿cuánto recibe? $ _____

11 ¿Alguien en su grupo familiar recibe asistencia económica por una discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Sí la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

12 Enumere las personas que viven con usted en esta dirección. Incluya a todos los niños y adultos. Incluya a las personas que son parientes. Incluya a todas las personas que no son parientes, pero que comparten los gastos del grupo familiar. No incluya a ninguna persona que esté en la cárcel/prisión. No incluya al miembro del grupo familiar indicado en el bloque 1. Vea recordatorio de la página 4.

Use los códigos a continuación para ayudar a proporcionar los detalles para cada persona en su grupo familiar.

CIUDADANÍA*: (1) Ciudadano de los Estados Unidos, (2) Residente permanente, (3) Extranjero en situación temporal, (4) Refugiado/asilado, (5) Otros –no elegibles para recibir beneficios (Quienes no son ciudadanos de los EE.UU. deben proporcionar comprobantes de su Estado migratorio).

RAZA*: (opcional) (1) Negro o afroamericano, (3) Indígeno norteamericano o nativa de Alaska, (4) Asiático, (5) Blanco, (7) Nativo de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico. Liste todos los grupos que correspondan.

GRUPO ÉTNICO*: (opcional) (1) No hispano, (2) Hispano o latino

ESTADO CIVIL*: (1) Soltero/a, (2) Casado/a, (3) Unión de hecho, (4) Separado/a, (5) Divorciado/a, (6) Viudo/a

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	**Fecha de nacimiento** (MM/DD/AA)	**Sexo** M/F	**Número de Seguro Social**	**Ciudadanía***	**Raza*** (opcional)	**Grupo étnico*** (opcional)	**Estado civil ***	**Relación con usted**
Persona 1								
Si esta persona actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? ☐ Sí ☐ No								
Persona 2								
Si esta persona actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? ☐ Sí ☐ No								
Persona 3								
Si esta persona actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? ☐ Sí ☐ No								
Persona 4								
Si esta persona actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? ☐ Sí ☐ No								

Si viven otras personas en su hogar, proporcione la información correspondiente de dichas personas en una hoja de papel adicional y envíela junto con esta solicitud.

Solicite el beneficio en línea en www.dhs.pa.gov/COMPASS

¿Está utilizando los ingresos que alguien tiene registrados en su expediente? No necesita mencionar dicha persona ni sus ingresos en la pregunta 13.

13 **Indique todos los ingresos percibidos por los miembros de su grupo familiar** en el mes anterior a la solicitud. **Los tipos/fuentes de ingresos incluyen dinero procedente de** empleo, beneficios para veteranos, desempleo, seguro social, manutención, indemnización laboral, intereses/dividendos, ingresos por alquiler, regalos, jubilación, etc. Vea recordatorio de la página 4.

Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?

14 ¿Le interesa el servicio gratuito de aclimatación? Los servicios de aclimatación incluyen colocar aislamiento en el hogar y la evaluación del sistema de calefacción. ☐ Sí ☐ No

15 ¿Está usted, o alguna persona de su grupo familiar, fugándose para evitar acciones legales o para evitar ser detenido por un delito, o por un intento de delito que sería clasificado como un delito grave? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

16 ¿Alguna de las personas está o ha estado en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

¿Alguna de las personas es la viuda, cónyuge o hijo/a (menor de 18 años de edad) de alguien que esté o haya estado en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

17 ¿Desea que DHS comparta determinada información de su solicitud con su empresa de servicios públicos para ayudar a que su hogar entre a un programa de asistencia de servicios públicos o consumo energía? ☐ Sí ☐ No

Muchas empresas de servicios públicos de gas y electricidad de Pensilvania ofrecen programas que ayudan a los clientes de bajos ingresos a disminuir el importe de sus recibos mensuales, ahorrar energía y cancelar saldos vencidos. DHS puede compartir cierta información de su solicitud con su empresa de servicios públicos, como su nivel de ingresos e información de los miembros de su hogar (como nombres y fechas de nacimiento) para ayudarle a inscribirse en estos programas, si es su voluntad compartir dicha información. Su información se mantendrá confidencial.

Esto es opcional. Puede obtener una subvención LIHEAP si califica para ella, incluso si no desea que DHS comparta su información con su empresa de servicios públicos.

Certificación

1. Mediante mi firma en esta solicitud le doy mi permiso al Departamento de Servicios Humanos (DHS) o a su agente autorizado para: (a) verificar cualquier información que proporciono relativa a mi residencia, mis empleos, ingresos, recursos, suministro de energía y proveedor de energía; (b) compartir información con mi proveedor de energía y recibir la información de mi proveedor de energía para permitir que el DHS obtenga un registro de mi información anual del consumo de energía, el costo y la facturación a efectos de la evaluación de programas, el funcionamiento o la elaboración de informes; y (c) completar encuestas relacionadas con la asistencia para energía.
2. Dar esta información (incluido su número de seguridad social [SSN]) es voluntario; sin embargo, si no proporciona la información solicitada, el procesamiento de su solicitud o su posibilidad de recibir los beneficios podrían interrumpirse o demorarse. Si no proporciona el SSN o no completa la información de abajo, es posible que no sea elegible para recibir los beneficios.

   Certifico que: (marque todas las opciones que correspondan)

   ☐ Proporcioné los números de Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar.

   ☐ A mi leal saber y entender, estos miembros del grupo familiar no tienen números de Seguro Social:

   _____ _____
   Nombre en letra de imprenta Nombre en letra de imprenta

   ☐ Los siguientes miembros del grupo familiar, en ejercicio de sus derechos según la Sección 7 de la Ley de Privacidad de 1974, se niegan a divulgar sus números de Seguro Social o no pueden hacerlo por ser víctimas de violencia doméstica:

   _____ _____
   Nombre en letra de imprenta Nombre en letra de imprenta
3. Autorizo la divulgación de la Información de elegibilidad de LIHEAP a mis proveedores de energía o agencias de aclimatación o que ellos la divulguen con el fin de que puedan solicitar asistencia, para la cual yo pueda ser elegible. La asistencia puede comprender recibir los beneficios de dinero en efectivo, de crisis o de aclimatación de LIHEAP.
4. Entiendo que tengo el derecho de apelar cualquier decisión o demora excesiva en la decisión que considere incorrecta con respecto a esta solicitud.
5. Declaro que mi residencia legal es en Pennsylvania.
6. Entiendo que el/los número(s) de Seguro Social provisto(s) será(n) utilizado(s) en la administración de este programa, incluyendo referencias cruzadas con otros programas.
7. Entiendo que me enviarán una notificación de aprobación o de denegación y que, si soy aprobado, dicha notificación indicará la cantidad de mi beneficio.
8. También entiendo que si mi grupo familiar es aprobado para recibir un beneficio en efectivo del programa LIHEAP, el dinero se enviará directamente a la empresa que me provee los servicios públicos o al proveedor de combustible, a menos que yo sea inquilino/arrendatario y que el gasto de calefacción esté incluido en el alquiler, o que el combustible sea proporcionado por un proveedor que no acepta pago a proveedores.
9. Certifico que, sujeto a las penalizaciones previstas por ley, la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa.
10. Sé que si proporciono información falsa, puedo ser penado con multa o prisión.
11. Entiendo, al firmar esta solicitud, que quizas no sea aprobado debido a que el dinero del programa LIHEAP se haya agotado.
12. Si su hogar es elegible para LIHEAP, puede recibir un formulario de consentimiento Vía Rápida por correo que podría permitir que usted y los integrantes de su hogar se inscriban automáticamente en Asistencia Médica.

Aviso de ley de privacidad. Autoridad: el título 42, sección 405(c)(2)(C)(i), del Código de los Estados Unidos (USC) autoriza la recopilación de esta información.

Propósito: El Departamento de Servicios Humanos (DHS) usará esta información para identificar y verificar los ingresos de los solicitantes.

Usos de rutina: El personal y los proveedores del DHS recibirán y usarán esta información, al igual que otros agentes que la necesiten para la administración del LIHEAP. Además, el DHS puede compartir la información con otras agencias gubernamentales o en informes para los representantes legislativos, según lo requiera la ley federal o la ley de Pennsylvania.

Firme aquí – Use tinta

X _____ _____
Firma Fecha

Solicite el beneficio en línea en www.compass.state.pa.us

Recordatorio...

- ☐ Completar toda la información requerida de manera clara y completa.
- ☐ Proporcionar los números de Seguro Social de **todos** los miembros del grupo familiar o completar el declaración jurada de asistencia para energía incluida en la sección Certificación en la página 3.
- ☐ Enviar comprobantes de su situación migratoria si usted no es ciudadano de los EE.UU.
- ☐ Enviar una copia del contrato de alquiler o una declaración escrita y firmada por su dueño explicando cómo paga los gastos de calefacción, si usted alquila y los gastos de calefacción están incluidos.
- ☐ Si usted paga por su calefacción, envíe una factura de su fuente principal de calefacción. Adjunte una copia de su factura de servicios públicos fechada en un plazo de 2 meses de la fecha en que usted presentó su solicitud. Para otros combustibles debe proporcionar una factura/recibo de una compra a partir de enero de la temporada de calefacción anterior a la presente.
- ☐ Si desea que se envíe el pago a su proveedor de calefacción secundaria, adjunte una copia de sus facturas de calefacción principal **Y** secundaria.
- ☐ Envíe la prueba de todos sus ingresos. No necesita enviar prueba de ingresos si recibe otros beneficios con el Departamento de Servicios Humanos (DHS) y marcó la casilla para permitir el uso de los ingresos en el archivo.

  Ejemplo: Si solicita en noviembre y envía:

  a) un mes de ingresos: envíe la prueba correspondiente a octubre, el mes anterior a la solicitud.

  b) 12 meses de ingresos - enviar prueba de noviembre del año anterior a octubre del año en curso.

  LOS COMPROBANTES INCLUYEN TALONES DE CHEQUES DE PAGO DE NÓMINA, CARTAS DE OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS, DECLARACIONES DE EMPLEADORES, ETC.
- ☐ Enviar una declaración explicando cómo su grupo familiar paga las necesidades básicas de mantenimiento (comida, alquiler, etc.), en caso de que nos haya informado que no tiene ingresos o que sus ingresos son inferiores al costo de sus necesidades básicas de mantenimiento.
- ☐ Firmar y fechar su solicitud.
- ☐ Enviar por correo su solicitud completa y todos los documentos a la oficina de asistencia del condado de su área. Si no está seguro dónde está esto, llame al 1-866-857-7095.

SI NO ENVÍA LOS COMPROBANTES QUE NECESITAMOS JUNTO CON ESTE FORMULARIO, NO PODREMOS PROCESAR SU SOLICITUD.

Inscripción de electores (opcional): Esta sección es solo para ciudadanos estadounidenses

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? ☐ **Sí** ☐ **No**
SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe:
1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección;
2) haber sido ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN;
3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción de electores, podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA, Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA).

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA

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

COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Si tiene una discapacidad y necesita esta solicitud impresa con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra **línea de ayuda** al número **1-800-692-7462.**
Para servicios de TDD, llame a PA Relay al 711.

Solicite el beneficio en línea en www.dhs.pa.gov/COMPASS