

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR LA ASISTENCIA PARA RECIBIR LOS SERVICIOS DE ENERGÍA Y ACONDICIONAMIENTO CONTRA LAS INCLEMENCIAS DEL TIEMPO.

1. Responda todas las preguntas.
2. Si necesita ayuda con la solicitud, llame a la oficina de asistencia en asuntos de energía, al teléfono 1-800-233-8503. Si es sordo o con dificultades para escuchar llame a la línea TTY# 1-800-325-0778.
3. Todos los adultos deben firmar y poner la fecha en la solicitud.
4. Adjunte los documentos de verificación.

• **ADJUNTE**



- ⇒ **UNA COPIA DEL ESTADO DE CUENTA O DE SU RECIBO ACTUAL DE CALEFACCIÓN.**
- ⇒ **COMPROBANTES DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES DE INGRESO BRUTO DE TODAS LAS PERSONAS EN EL HOGAR.**
- ⇒ **SI ES EMPLEADO INDEPENDIENTE, PRESENTE LA COPIA COMPLETA MÁS RECIENTE DE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS.**
- ⇒ **COMPROBANTES DE PAGO DE MANUTENCIÓN DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, EN CASO QUE EL PAGO NO SE HAYA HECHO POR MEDIO DEL ESTADO DE DAKOTA DEL SUR.**

5. Envíe la solicitud llena a:

**Office of Energy Assistance
206 W. Missouri Ave.
Pierre, SD 57501**

Recuerde que



SE NEGARÁ LA SOLICITUD SI NO ESTÁ FIRMADA POR TODOS LOS ADULTOS QUE VIVEN EN EL HOGAR O SI NO ENVÍA LA INFORMACIÓN NECESARIA.

7 INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE SERVICIOS DE ENERGÍA

Siempre se están aceptando solicitudes; se da prioridad a las personas ancianas o discapacitadas.

¿Cuál es la ayuda que presta el programa de asistencia de los servicios de energía?

Si usted es la persona responsable de pagar el costo de calefacción directamente a la compañía proveedora de energía:

- Para la calefacción con **Gas Natural y Electricidad**: la cantidad de ayuda que se apruebe se aplicará a las facturas que no se hayan pagado, de la lectura periódica del medidor en las fechas dentro del periodo del 1 de octubre al 15 de mayo.
- Para la calefacción con **Propano y Petróleo residual (fuel-oil)**, la cantidad de ayuda que se apruebe se aplicará a las facturas de combustible que no se han pagado entre las fechas del 1º de julio al 30 de abril.

El programa de asistencia para energía también le podría ayudar si el costo de la calefacción está incluido en el pago de alquiler, o si usted paga el costo adicional directamente al dueño de la propiedad. **Aviso: La ayuda para energía NO SE PUEDE utilizar para:** pagar facturas de edificios que no son residenciales tales como talleres o comercios; para llenar tanques de almacenamiento, o como "crédito" para que el combustible sea entregado después del 30 de abril o para recuperar el costo de facturas que ya han sido pagadas.

EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CASO DE UNA CRISIS DE ENERGIA (ECIP)

Usted puede calificar para el **programa de ayuda en caso de una crisis de energía** si aún no le aprueban para recibir la ayuda para pagar la calefacción y tiene una situación crítica, tal como:

- Tiene programada la desconexión o corte que se hará entre el 1 de octubre al 31 de marzo.
- Se le exige pago en efectivo al momento de la entrega del combustible y el tanque está vacío o casi vacío (menos de un 20%).
- Tiene aviso de desalojo por no haber pagado y la calefacción está incluida en el alquiler.

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO CONTRA LAS INCLEMENCIAS DEL TIEMPO

¿Qué es el programa de acondicionamiento en contra de las inclemencias del tiempo?

Es un programa creado para ayudar a que las familias de bajos ingresos superen los altos costos de la energía, haciendo que sus casas sean más eficaces en el uso de energía. Se da prioridad a los hogares donde hay ancianos, personas discapacitadas y a las familias que tienen niños pequeños.

La agencia de acción comunitaria local es responsable de este programa y ellos harán una evaluación de energía en su casa para determinar cómo éste programa puede ayudar con las necesidades que tiene su casa.

Derecho a una audiencia justa: cualquier solicitante del Programa de Asistencia de Energía para personas de bajos ingresos a quien se le niegue la solicitud para recibir ayuda o que desee disputar la cantidad otorgada, puede solicitar una audiencia justa. La petición debe hacerse dentro de los 60 días a partir de la fecha que fue rechazado o que recibió el aviso del beneficio.

¿Cómo solicitar una audiencia justa? El solicitante de los beneficios LIEAP puede iniciar el proceso de audiencia, llenando una solicitud en Department of Social Services, Office of Administrative Hearings 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291.

SOLICITUD PARA RECIBIR ASISTENCIA PARA OBTENER LOS SERVICIOS DE ENERGÍA Y ACONDICIONAMIENTO CONTRA LAS INCLEMENCIAS DEL TIEMPO

Marque la casilla de abajo para también solicitar el:
 Programa de ayuda de energía y acondicionamiento

DIRECCIÓN

Escriba la información en letra de molde o a máquina; la persona que llena la solicitud por lo general es la persona cuyo nombre aparece en la factura de pago de calefacción.

<i>Nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>	<i>Apellido(s)</i>		
<i>Dirección Postal</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>Condado</i>
<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>	<i>Condado</i>
<i>Teléfono residencial</i>	<i>No. de mensaje</i>	<i>Teléfono del trabajo</i>	<i>Teléfono celular</i>	

Dirección de correo electrónico:

Si usted desea designar un representante autorizado para que actúe en su nombre con el propósito de proporcionar la información necesaria para determinar su elegibilidad para éstos servicios, indique el nombre de esa persona, dirección y número de teléfono en la parte de abajo.

<u><i>Nombre</i></u>	<u><i>Dirección</i></u>	<u><i>Teléfono</i></u>
----------------------	-------------------------	------------------------

DÍGANOS QUIENES VIVEN EN LA CASA

Llene los espacios en blanco en la parte de abajo con los nombres de todas las personas que viven en su casa incluyendo usted mismo(a). Recuerde de incluir a TODAS las personas aún si ellas no son sus familiares o si solo están viviendo con usted temporalmente.

Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel. *en cuanto a RAZA/ETNIA- identifique todas las que se aplican *W=Blanco, A=Amerindio, B=Negro, H= Hawaiano, O=Asiático, S=Hispano o Latino*

<i>Nombre de los miembros de la familia</i>			<i>Número de Seguro Social</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Raza</i>	<i>Sexo</i>	<i>Discapacitado</i>	<i>Ciudadano o de los EE.UU.</i>
<i>Nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido(s)</i>						
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO DE LA OFICINA

CID	Worker Name/ Nombre del Empleado:
------------	--


ESTUDIANTES QUE HAY EN EL HOGAR

Mencione a todas las personas en el hogar que asisten a la escuela Preparatoria, Universidad o Instituto Vocacional

Nombre del estudiante	Escuela Preparatoria o Bachillerato	Universidad o Instituto vocacional
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No


DATOS SOBRE LOS GASTOS DE MANUTENCIÓN

¿Alguna persona en la casa paga manutención a otro hogar? Sí No
 Si la respuesta es afirmativa, nombre de quien lo paga. _____
 ¿Se hace el pago por medio del estado de Dakota del Sur? Sí No

 Si el pago NO se hace por medio del Departamento de Manutención del Estado de Dakota del Sur, adjunte el comprobante de la cantidad pagada en los últimos 3 meses.

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA QUE PROVEE EL COMBUSTIBLE PARA LA CALEFACCIÓN Y LA INFORMACIÓN DEL ALQUILER

Cuéntenos acerca de la casa donde vive y como la mantiene cálida; si su alquiler incluye el costo de calefacción, tendrá que proporcionarnos el nombre y dirección del propietario; si usted no sabe que tipo de calefacción se utiliza en la casa, averigüe con el propietario.

 Usted debe adjuntar la factura más reciente de pago de calefacción o el estado de cuenta de la compañía que proporciona el combustible para la calefacción..

Tipo de calefacción

Gas Natural Eléctrica Propano/Gas en Tanque Petróleo/Querosín Leña Carbón

Nombre de la compañía:

Dirección de la compañía:

Nombre que aparece en la factura:

Número de cuenta:

¿En la actualidad usted es el dueño o está comprando la casa? Sí No

Si usted alquila la casa debe proporcionar la siguiente información:

Únicamente seleccione una casilla

Pago la factura de calefacción al propietario Pago la factura de calefacción a la compañía de combustible
 El costo de la calefacción está incluido en el alquiler

¿Vive usted en vivienda subsidiada o para personas de bajos ingresos?(Sección 8, vivienda para personas de la tercera edad, residencial público) Sí No

Nombre del propietario:

Dirección del propietario:

Número de teléfono del propietario:

Número de Fax:

INFORMACIÓN SOBRE SU INGRESO

DECLARE EL INGRESO BRUTO (es la cantidad total que se gana sin ninguna deducción) *sueldo, *empleo independiente, *manutención, *pensión alimenticia, *seguro social, *SSI (*seguridad de ingreso suplementario*), *suplemento SSI estatal, *BIA GA, *TANF, *cuidado tutelar, *desempleo, *indemnización del trabajador, *beneficios de veterano, *jubilación, *pensiones, *renta vitalicia, *dividendos, *ingreso de alquiler, *ingreso per cápita, *premios, *dinero por parte de la familia o amistades, y * todos los otros recursos de ingreso DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA.



ADJUNTE COMPROBANTE: los ejemplos de comprobantes son:

- ⇒ Dinero NO del trabajo: cartas de concesión o copias de los cheques
- ⇒ Dinero devengado por trabajo: talonarios salariales, copias de los cheques, constancia del empleador que verifica el pago bruto y la fecha de dicho pago.
- ⇒ Dinero por empleo autónomo: la copia más reciente declaración de ingresos (INCLUYA TODAS LAS PÁGINAS Y FECHAS DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS). Una asociación o corporación S debe adjuntar los formularios K-1 y 1065.

Si usted envió la solicitud en:	Envíe comprobantes de todos los ingresos recibidos:	Si usted envió la solicitud en:	Envíe comprobantes de todos los ingresos recibidos:
ABRIL	1 de enero al 31 de marzo	OCTUBRE	1 de julio al 30 de septiembre 30
MAYO	1 de febrero al 30 de abril	NOVIEMBRE	1 de agosto al 31 de octubre
JUNIO	1 de marzo al 31 de mayo	DECIEMBRE	1 de septiembre al 30 de noviembre
JULIO	1 de abril al 30 de junio	ENERO	1 de octubre al 31 de diciembre
AGOSTO	1 de mayo al 31 de julio	FEBRERO	1 de noviembre al 31 de enero
SEPTIEMBRE	1 de junio al 31 de agosto	MARZO	1 de diciembre al 28 de febrero

Ingreso del primer mes:

La persona que tiene un ingreso:	Indique el tipo de ingreso:	La fecha que fue recibido	Cantidad bruta
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Ingreso del segundo mes:

La persona que tiene un ingreso:	Indique el tipo de ingreso:	La fecha que fue recibido	Cantidad bruta
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Ingreso del tercer mes:

La persona que tiene un ingreso:	Indique el tipo de ingreso:	La fecha que fue recibida	Cantidad bruta
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____



Todos los adultos que viven en la casa deben firmar y poner la fecha en la solicitud al final de ésta página. Si no adjunta el comprobante de ingreso y gastos de energía, se le negará la solicitud.

- ✓ Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar el comprobante de ingreso y cualquier otra información necesaria para determinar la elegibilidad para el programa. Si no proporciono dicha información mi solicitud puede ser negada.
- ✓ Entiendo que si proporciono información falsa y recibo ayuda a la cual no tengo derecho; deberé devolver la cantidad de ayuda que recibí.
- ✓ Entiendo que durante el año, una persona solo puede recibir los beneficios LIEAP en una casa de parte de una sola agencia. No se puede recibir beneficios LIEAP del estado o LIEAP de tribu el mismo año.
- ✓ Entiendo que soy responsable de pagar a mi proveedor de energía cualquier recibo que no esté cubierto por el Programa de Asistencia de Energía.
- ✓ Entiendo que tengo el derecho de apelar cualquier decisión tomada por la Oficina de Asistencia de Energía y dicha apelación deberá hacerse dentro de los 60 días a partir de la negación o notificación de beneficios.
- ✓ Entiendo que si me mudo, debo reportar el cambio de dirección a la Oficina de Asistencia de Energía dentro de los 10 días a partir de la fecha del cambio y si no hago esto, resultará en el cierre de mi caso.
- ✓ Entiendo que si resulto ser elegible para recibir asistencia, mi casa podría ser evaluada referente a las condiciones de ahorro de energía para tomar posibles medidas de acondicionamiento.

Por medio de mi firma, doy fe, bajo pena de perjurio de la veracidad de la información que contiene la solicitud, incluyendo la información que proporcioné sobre las personas en mi casa relacionado a su estado legal migratorio y ciudadanía.

Doy mi permiso para que cualquier persona, agencia o institución, proporcione información al Departamento de Servicios Sociales sobre mi persona o mi familia, y permito la revisión y copia de mi expediente o lo de mi familia a cualquier representante del Departamento. También autorizo a la Oficina de Asistencia de Energía para hablar abiertamente y compartir toda la información relacionada a mi caso con mi Representante Autorizado, si decido designar uno.

LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYORES DEBEN FIRMAR ESTA SOLICITUD.

Firma del solicitante	Fecha
Firma del cónyuge u otro adulto miembro de la familia	Fecha
Firma de otra persona adulta miembro de la familia	Fecha
Firma de otra persona adulta miembro de la familia	Fecha
Firma de otra persona adulta miembro de la familia	Fecha