

ASISTENCIA DE ENERGÍA/CLIMATIZACIÓN INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD:

1. Responda todas las preguntas.
2. Si necesita ayuda con la solicitud, llame a la Oficina de Asistencia de Energía al 1-800-233-8503. Línea telefónica TTY para personas sordas: 1-800-325-0778.
3. Todos los adultos firman y ponen fecha a la solicitud.
4. Adjunte documentos probatorios.

- **ADJUNTE**



- ⇒ **UNA COPIA DE SU ACTUAL FACTURA O ESTADO DE CUENTA POR CALEFACCIÓN**
- ⇒ **DOCUMENTOS PROBATORIOS DE LOS INGRESOS BRUTOS DE LOS 3 ÚLTIMOS MESES PARA TODAS LAS PERSONAS EN LA CASA**
- ⇒ **SI TIENE UN NEGOCIO PROPIO, UNA COPIA COMPLETA DE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS MÁS RECIENTE.**
- ⇒ **DOCUMENTO PROBATORIO DEL PAGO DE LA PENSIÓN PARA MENORES DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES SI NO ES PAGADA A TRAVÉS DEL ESTADO DE DAKOTA DEL SUR**

5. Envíe la solicitud completa a:

**Oficina de Asistencia de Energía
206 W. Missouri Ave.
Pierre, SD 57501**



SU SOLICITUD SERÁ DENEGADA SI NO ESTÁ FIRMADA POR TODOS LOS ADULTOS EN LA CASA O SI NO ENVÍA LA INFORMACIÓN SOLICITADA.

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA/CLIMATIZACIÓN

Las solicitudes son aceptadas siempre. Se dará prioridad a las personas ancianas o discapacitadas. Las solicitudes recibidas después del 15 de marzo serán procesadas para la **siguiente** temporada de calefacción.

¿CÓMO LE AYUDA LA ASISTENCIA PARA CALEFACCIÓN?

Si usted es responsable de pagar sus gastos de calefacción directamente a un proveedor de energía:

- Para **gas natural** y **calefacción eléctrica**, la suma por concepto de asistencia de energía será aplicada a los cargos de calefacción no pagados para las fechas normales de lectura de medidor que ocurran dentro del período del 1 de octubre hasta el 30 de abril.
- Para **gas propano** y **aceite combustible**, la suma por concepto de asistencia de energía que se le aprobará será aplicada a los cargos por calefacción no pagados ocurridas dentro del período del 1 de julio al 30 de abril.

También puede recibir asistencia si su calefacción está incluida en el gasto de su alquiler o si usted paga directamente los gastos de calefacción al arrendatario además de su pago por alquiler. **NOTA: La asistencia para calefacción NO PUEDE ser usada:** para pagar cuentas de calefacción de edificios no residenciales tales como tiendas o negocios; para llenar tanques de almacenamiento adicionales; como un "crédito" por combustible para ser entregado después del 30 de abril; o para reembolsar una cuenta por calefacción o algún gasto ya pagado.

¿QUÉ ES LA CLIMATIZACIÓN?

El programa de climatización está diseñado para ayudar a los hogares con bajos ingresos a superar el alto costo de energía haciendo que sus casas sean más eficientes en el consumo de energía. Se le da prioridad a los hogares con ancianos y personas discapacitadas y a las familias con niños pequeños. La agencia de acción comunitaria local es responsable del programa de climatización y si usted es seleccionado, desarrollarán una evaluación de energía para determinar las necesidades de climatización de su casa.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DE ENERGÍA (ECIP)

Usted puede calificar para la **Ayuda de Intervención en Crisis de Energía** si todavía no ha sido aprobado para recibir ayuda para la calefacción y está en una situación crítica, como:

- Tiene un corte o desconexión de energía programada entre el 1 de octubre y el 15 de marzo;
- Se le exige el pago contra entrega y su tanque está vacío o a punto de quedar vacío (menos del 20%); o;
- Tiene una notificación de desalojo por no pago si la calefacción está incluida en el alquiler.

La Reparación del Sistema de Calefacción por parte de Intervención en Crisis de Energía puede estar disponible si:

- Usted ha sido aprobado por el Programa de Asistencia de Energía; y
- Usted tiene un sistema de calefacción que ha dejado de funcionar o no está funcionando apropiadamente.

PARA SOLICITAR LA REPARACIÓN DEL SISTEMA DE CALEFACCIÓN o el apoyo del programa Intervención en Crisis de Emergencia, LLAME al **1-800-233-8503**

Fuera del horario de oficina, deje un mensaje en la máquina contestadora indicando:

- NOMBRE
- NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
- TELÉFONO
- BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EMERGENCIA

Se le devolverá la llamada durante el horario de atención regular.

Derecho a una audiencia imparcial. Cualquier solicitante del Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos (LIEAP) cuya solicitud para asistencia sea denegada o que desea impugnar el monto de la ayuda otorgada, puede solicitar una audiencia imparcial.

Cómo solicitar una audiencia imparcial. Un solicitante de los beneficios LIEAP puede iniciar el proceso presentando su petición al Department of Social Services, Office of Administrative Hearings, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291.

Complete y use el botón al final para imprimir y enviar por correo.

SOLICITUD PARA LA ASISTENCIA DE ENERGÍA O CLIMATIZACIÓN

Marque la(s) casilla(s) siguientes para el(los) programa(s) que está solicitando

- Programa de Asistencia en Calefacción
 Programa de Asistencia en Climatización

INFÓRMENOS SU DIRECCIÓN

Escriba su información en letra de molde o a máquina. La persona que llena la solicitud generalmente es la persona cuyo nombre aparece en la cuenta de calefacción.

<i>Primer nombre</i>	<i>Inicial de segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>
<i>Domicilio</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>
<i>Dirección postal</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>
<i>Teléfono de la casa/para mensajes</i>	<i>Teléfono del trabajo</i>	<i>Teléfono celular</i>

Su dirección de correo electrónico

Si desea asignar un representante autorizado para que actúe en su nombre y pueda proporcionar la información necesaria para determinar su elegibilidad, indique a continuación el nombre de dicha persona, su dirección y teléfono.

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

INDIQUE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA

Complete la siguiente información sobre todas las personas que viven en su hogar incluyéndose usted mismo. Recuerde incluir a TODAS las personas, incluso si no tienen parentesco con usted o si están viviendo temporalmente con usted. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel. *RAZA/ETNICIDAD- incluya todas las que se apliquen W=Blanco, A=Nativo Americano, B=Negro, H= Hawaiano, O=Asiático, S=Hispano o Latino

Nombre de todos los miembros del grupo familiar	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo	¿Esta persona es discapacitada?
Apellido 1 ^{er} nombre Inicial 2 ^{do} nombre					
					<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

SÓLO PARA USO INTERNO
CID# MONTO DE ASIST FECHA

INFÓRMENOS SOBRE SUS INGRESOS

INFORME INGRESOS BRUTOS (suma anterior a las deducciones) *Salarios, *Trabajo independiente, *Pensión para menores, *Pensión de alimentos, *Seguro Social, *SSI, *Suplemento estatal SSI, *BIA GA, *TANF, *Desempleo, *Compensación laboral, *Beneficios para veteranos, *Jubilación, *Pensiones, *A anualidades, *Dividendos, *Ingreso de rentas, *Arrendamiento tribal o *Ingreso per cápita, *Premios, *Dinero de familia o amigos, y *todas las otras fuentes de ingresos PARA TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA



ADJUNTE DOCUMENTOS PROBATORIOS: Ejemplos de documentos probatorios son

- ⇒ **Dinero que NO proviene del trabajo: Cartas de adjudicación o copias de cheques**
- ⇒ **Dinero que proviene del trabajo: talones de pago, copias de cheques, declaración del empleador confirmando el pago bruto y la fecha de cobro.**
- ⇒ **Dinero por negocio independiente: copia de su declaración de impuestos más reciente. (INCLUYA TODAS LAS PÁGINAS Y CRONOGRAMAS DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS) Las sociedades o corporaciones S de régimen simplificado deben incluir los formularios K-1 y 1065.**

Si usted envía su solicitud en:	Envíe documentos probatorios de todos los ingresos recibidos en:	Si usted envía su solicitud en:	Envíe documentos probatorios de todos los ingresos recibidos en:
ABRIL	1 de enero - 31 de marzo	OCTUBRE	1 de julio - 30 de septiembre
MAYO	1 de febrero - 30 de abril	NOVIEMBRE	1 de agosto - 31 de octubre
JUNIO	1 de marzo - 31 de mayo	DICIEMBRE	1 de septiembre - 30 de noviembre
JULIO	1 de abril - 30 de junio	ENERO	1 de octubre - 31 de diciembre
AGOSTO	1 de mayo - 31 de julio	FEBRERO	1 de noviembre - 31 de enero
SEPTIEMBRE	1 de junio - 31 de agosto	MARZO	1 de diciembre - 28 de febrero

Ingresos mes 1:

<i>Persona con ingresos:</i>	<i>Indique tipo de ingresos:</i>	<i>Fecha de recepción</i>	<i>Suma bruta</i>
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Ingresos mes 2:

<i>Persona con ingresos:</i>	<i>Indique tipo de ingresos:</i>	<i>Fecha de recepción</i>	<i>Suma bruta</i>
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Ingresos mes 3:

<i>Persona con ingresos:</i>	<i>Indique tipo de ingresos:</i>	<i>Fecha de recepción</i>	<i>Suma bruta</i>
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____



Todos los adultos en el hogar deben firmar y poner fecha a esta solicitud en la parte inferior de esta página. Su solicitud será denegada si usted no incluye documentos probatorios de sus ingresos y gastos de calefacción.

- ✓ Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar documentos probatorios de los ingresos y otra información necesaria requerida para determinar la elegibilidad para el programa y que la omisión de proporcionar esta información causará la denegación de mi solicitud.
- ✓ Entiendo que si recibo asistencia a la que no tengo derecho como resultado de proporcionar información falsa, deberé devolver el costo de dicha asistencia.
- ✓ Entiendo que a una persona solamente se le permite recibir los beneficios LIEAP de una agencia en una sola casa durante el año. Yo no puedo recibir los beneficios estatales del LIEAP y del LIEAP tribal en el mismo año.
- ✓ Entiendo que soy responsable del pago de todas las cuentas a mi proveedor de energía que no estén cubiertas por el Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos.
- ✓ Entiendo que tengo derecho a apelar cualquier decisión tomada por la Oficina de Asistencia de Energía y que el pedido debe ser presentado dentro del plazo de 60 días de la notificación de la denegación u otorgamiento del beneficio.
- ✓ Entiendo que las solicitudes recibidas después del 15 de marzo serán procesadas para la siguiente temporada de calefacción y que todas las solicitudes y documentos probatorios deben ser enviados a: Oficina de Asistencia de Energía, 206 West Missouri Ave, Pierre, SD 57501-4517
- ✓ Entiendo que si me mudo, debo informar el cambio de dirección a la Oficina de Asistencia de Energía dentro de los 10 días posteriores a la mudanza y que de omitir hacerlo, resultará en el cierre de mi caso.
- ✓ Entiendo que si soy elegible para la asistencia por calefacción mi casa estará sujeta a una auditoria de energía y a posibles medidas de climatización.

Yo declaro bajo pena de perjurio que esta solicitud es fiel y exacta.

Doy mi consentimiento a cualquier persona, agencia o institución a proporcionar información al Departamento de Servicios Sociales sobre mi persona o mi familia y a permitir la inspección y copia de los registros sobre mí o mi familia por parte de cualquier representante del Departamento. También autorizo a la Oficina de Asistencia de Energía a discutir abiertamente y compartir toda la información relacionada a mi caso con mi representante autorizado, si tuviera que elegir alguno.

TODA PERSONA DE 18 AÑOS O MAYOR EN LA CASA DEBE FIRMAR LA SIGUIENTE SOLICITUD

Firma del solicitante	Fecha
Firma del cónyuge u otro miembro adulto	Fecha
Firma de otro miembro adulto	Fecha
Firma de otro miembro adulto	Fecha
Firma de otro miembro adulto	Fecha