



## Lista de verificación de la documentación de asistencia energética

Asegúrese de que su solicitud esté completa.

**No se aceptarán solicitudes que no estén completas.**

- Una solicitud completada, firmada y fechada
- Una copia de utilidades y la factura de la luz
- Identificación de cada adulto (18 años) en el hogar **PODEMOS aceptar:**

### PODEMOS aceptar

- Identificación estatal o licencia de conducir
- Identificación de la escuela
- Recibos de sueldo
- Pasaporte
- Certificado de nacimiento
- Identificación trib

- Prueba/copia de números de Seguro Social de todos los miembros del hogar

### PODEMOS aceptar:

- Tarjetas de Seguro Social
- Papeles de impuestos con su nombre y número completo de seguro social impresos.
- Una copia del ODHS con su nombre y número de seguro social completo.

- Comprobante de todos los ingresos del trabajo durante los 60 días anteriores a la presentación de su solicitud.

### PODEMOS aceptar:

- Talones de pago Nominas con su nombre, la fecha en que lo recibió y los ingresos brutos indicados.

- Comprobante de ingresos fijos

### PODEMOS aceptar.

- Carta de adjudicación del Seguro Social para el año en curso
- Carta de adjudicación de TANF que muestra el monto de su beneficio mensual en efectivo.
- Carta de adjudicación de VA para el año en curso
- Carta de Adjudicación de Pensión para el año en curso
- Copia impresa del subsidio de desempleo que muestre su nombre y el monto del beneficio semanal.

**SI TIENE INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA:** Hoja de trabajo de trabajo por cuenta propia completada.

(disponible en nuestro sitio web o bajo pedido)

**SI USTED PAGA SUS COSTOS DE ENERGÍA A SU ARRENDADOR/ El dueño:** Necesitará proporcionar el nombre y el número de teléfono de su propietario.



**2316 S 6th Street, Suite B, Klamath Falls, OR 97601 541.882.3500 866.665.6438 541.882.3674 fax**

KLCAS se compromete a proporcionar acceso, igualdad de oportunidades y adaptaciones razonables en sus servicios, programas, actividades, educación y empleo para personas con discapacidades. Para solicitar adaptaciones para discapacitados, comuníquese con la oficina de KLCAS al 541-882-3500. Relevo de Oregón 711.



Date Rcvd. \_\_\_\_\_ BY: \_\_\_\_\_  
Auth. # \_\_\_\_\_

Programa de calefacción de invierno: 1 de octubre de 2024 - 30 de abril de 2025

2316 S 6th St. Suite B  
Klamath Falls, OR 97601  
Teléfono (541) 882-3500

Correo electrónico: [Energy@klcas.org](mailto:Energy@klcas.org)  
Apply Online at: <http://myapps.klcas.org>

**Códigos de carrera**

AA African American  
AS Asian  
NA/AN Native American/  
Alaskan Native  
NH/PI Native Hawaiian/Pacific  
Islander  
WH White

**Códigos de educación**

0-8 Grados 0-8  
9-12, Grados no graduados 9-12/No Grad  
HSD/GED Graduada de secundaria  
SC algo de universidad  
CG 2-4 Graduado universitario de 2 a 4 años  
PS Graduado u otro título postsecundario

|  |   |                            |   |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
|--|---|----------------------------|---|-------------------------------------|---|------|-------------|--|-------------------|--------------|-------------------|----------|---------|--------------------|----------------------|--|--|
| <b>HOUSEHOLD INFORMATION</b>   | Nombre legal completo para TODAS las miembros del hogar | Fecha de Nacimiento        | SSN/SSID  | Género                              | Hispanic S/N                            | Raza | Tribu de OR | Educación  | Discapacitado S/N | Veterano S/N | Confinado a casa  | SNAP S/N | OHP S/N | Otro Seguro Médico | proveedor de pólizas |  |  |
|  |   |                            |   |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
|  |   |                            |   |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
|  |   |                            |   |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
|  |   |                            |   |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
|  |   |                            |   |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
|  |   |                            |   |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
|  |   |                            |   |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
| Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> de Casa <input type="checkbox"/> Mensaje |   |                            | Tipo de hogar (circule uno):  |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
| Correo Electrónico : _____   |   |                            | Solo  |                                     |   |      | Matrimonio  |  | 2-Padres          |              | Familia extendida |          |         |                    | Cohabitanes          |  |  |
| <b>ADDRESS</b>   | Dirección Física: _____                                 |                            |   |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
|  | Calle   |                            |   | Ciudad, Estado, ZIP                 |   |      |             | Condado  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
| Dirección Postal : _____<br>(Si distinta a la dirección física)  |   |                            |   |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
| <b>DWELLING</b>  | Clase de Vivienda (circule uno):                        |                            |   | Estado de residencia (circule uno): |   |      |             | ¿Adónde desea que se destine su prestación? (Marque una) |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
|  | H   | Casa para una sola familia |   | R                                   | Alquiler (eléctrico no incluida)        |      |             | Electricia   |                   | Natural Gss  |                   | Propano  |         |                    |                      |  |  |
|  | M   | Unidad Múltiple (2-4)      |   | E                                   | Alquiler eléctrico incluida)            |      |             | Aceite   |                   | Wood         |                   | Pellets  |         | Propane            |                      |  |  |
|  | U   | Unidad Múltiple (más de 4) |   | S                                   | HUD o Sección 8 (eléctrico no incluida) |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
| A  | Casa prefabricada / móvil                               |                            | O   | Dueno                               |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
| E  | Una habitación de hotel/motel                           |                            | T   | Vivienda tribal                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
| T  | Tráiler de viaje  |                            | Nombre y número del arrendador si la calefacción está incluida en el alquiler |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |
| R  | Otra  |                            |   |                                     |   |      |             |  |                   |              |                   |          |         |                    |                      |  |  |

**PARTE 1: AVISO AL SOLICITANTE, DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE, RENUNCIA Y EXENCIÓN**

Efectivo **10/01/2024**

Yo, el solicitante, comprendo que los programas gubernamentales de asistencia de energía y climatización son voluntarios y mi solicitud está sujeta a un proceso de revisión para determinar la elegibilidad de mi hogar. Comprendo que para que se considere la solicitud de mi hogar, debo presentar una solicitud completa que proporcione toda la información requerida. Comprendo que es posible que se me solicite que proporcione información o documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar. Comprendo que la solicitud de mi hogar y la información adicional o los materiales de documentación pasarán a formar parte de la solicitud de mi hogar ("Solicitud"). Comprendo que las determinaciones sobre la elegibilidad para recibir asistencia son tomadas por el Departamento de Servicios Comunitarios y de Vivienda de Oregon (Oregon Housing and Community Services, OHCS) del estado junto con las agencias subcesionarias contratadas ("Subcesionarias"). En caso de que se rechace la Solicitud de mi hogar, es posible que tenga derecho a una revisión de mi Solicitud en virtud de las Reglas Administrativas de Oregon aplicables. Tras la inscripción exitosa en los programas LIHEAP/OEAP, autorizo además a OHCS y al estado de Oregon, incluidos los subcontratistas designados, y las Subcesionarias de OHCS a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso en poder de OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) al Proveedor de servicios de energía (según se define a continuación) con el fin de administrar, monitorear, investigar y evaluar la entrega y 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 de asistencia de energía y climatización del gobierno para los hogares elegibles. En caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de mi elegibilidad para estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus subcesionarias y/o contratistas. Acepto que soy responsable de devolver los fondos no elegibles o los fondos utilizados indebidamente. Autorizo y eximo de responsabilidad a OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso hasta un (1) año del programa después de mi participación en los programas LIHEAP/OEAP.

**PARTE 2: AVISO, EXENCIÓN Y LIBERACIÓN DEL SOLICITANTE RELACIONADOS CON LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGÍA Y LA INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE SERVICIOS DE ENERGÍA DEL SOLICITANTE**

Entiendo que el estado de Oregon, incluidos OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias, puede solicitar información relacionada con mi cuenta (o cuentas) de servicios de energía ("Cuenta") a mi proveedor (o proveedores) de servicios de energía, incluidos la empresa de servicios, el proveedor de combustible u otra entidad similar que preste servicios similares ("Proveedor de servicios de energía"), una vez que mi hogar solicite asistencia energética a través de uno de los programas de asistencia energética, incluidos, entre otros, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregon (OEAP). Comprendo que la información relacionada con mi Cuenta puede ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias a fin de, entre otras cosas, determinar la elegibilidad para la Asistencia energética de mi hogar, y administrar, monitorear, investigar y evaluar los programas de asistencia energética (todo ello según lo determine 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 cuenta (o cuentas) del proveedor de servicios de energía identificada en esta solicitud. Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi proveedor(es) de servicios de energía a divulgar y proporcionar toda la información relacionada con mi cuenta, incluidos, entre otros, el número de cuenta, el nombre de cuenta, la dirección de servicio, las fechas de facturación y los montos cobrados, la información relacionada con acciones de cobro, otros cargos e información varios de la cuenta, u otros datos similares de la cuenta que puedan solicitar OHCS o su subcontratista designado (en adelante, "Información de la cuenta") al estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias. Comprendo y acepto que, en caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de cualquiera de estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus Subcesionarias y/o contratistas. Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi(s) Proveedor(es) de Servicios de Energía por dicha divulgación de la Información de mi Cuenta durante un máximo de dos (2) años del programa de asistencia energética (10/1 al 9/30) antes de mi Solicitud y durante tres (3) años del programa (10/1 al 9/30) después de que se presente mi Solicitud. Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias en el uso (según lo autorice OHCS a su entera discreción) de mi Información de cuenta divulgada.

**PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE**

Con mi firma, por el presente, doy la autorización, aprobación y reconocimientos requeridos tanto a la PARTE 1 como a la PARTE 2 de esta SOLICITUD DE ASISTENCIA ENERGÉTICA/DE CLIMATIZACIÓN:

DIVULGACIONES Y APROBACIONES REQUERIDAS DEL SOLICITANTE.

FIRME AQUÍ



**Firma del solicitante** \_\_\_\_\_  
**Fecha** \_\_\_\_\_

**Continúe pagando su factura de servicios públicos, recibirá una notificación por correo entre 4 y 6 semanas después presentación de la solicitud**

Complete este formulario para todos los miembros del hogar que tengan 18 años o más que no tengan ingresos o fuentes de ingresos informales.

**Ejemplos de fuentes de ingresos informales:**

- Manutención de niños
- Depósitos de latas/Venta de chatarra
- Ayuda de un familiar, de la iglesia, etc. **(durante tres meses o más)**
- Ingresos por alquiler que se rentas
- Trabajar por dinero en efectivo

**SI TIENE INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA:** Hoja de trabajo de trabajo por cuenta propia completada (disponible en nuestro sitio web o a pedido).

| Nombre del miembro del hogar: | Importe total de los ingresos percibidos en los últimos 30 días: | Fuente de ingresos:                           |
|-------------------------------|--|---|
| Ejemplo: John Doe             | \$50- Sin ingresos   | \$50- Cortar el césped por dinero en efectivo |
|                               |  |   |
|                               |  |   |
|                               |  |   |
|                               |  |   |

**¿Cómo paga actualmente sus necesidades básicas, como el alquiler, la comida y utilidades?**




Certifico que la información declarada es verdadera y precisa al firmar este formulario. Entiendo que puede haber sanciones penales si la información falsa resulta en asistencia para la cual no soy elegible. También entiendo que proporcionar información falsa constituye un acto de fraude.



**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**Solo para clientes de Avista**  
**Mi inscripción al descuento de energía**  
**Firma a continuación**

**Contrato con el cliente:**

Al firmar estos términos y condiciones, certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Certifico que soy el titular de la cuenta de Avista o el coarrendatario de mi hogar, quien es financieramente responsable de la cuenta de Avista. Asimismo, reconozco haber leído y comprendido el contenido de esta solicitud.

También acepto los siguientes términos y condiciones para recibir Mi Descuento de Energía de Avista para el estado de Oregon.

1. Comprendo que debo declarar mis ingresos y el número de miembros de la unidad familiar para determinar si puedo tener derecho al Programa Mi Descuento de Energía de Avista.
2. Acepto y reconozco que se me puede pedir que verifique mi admisibilidad con base en mi declaración.
3. Notificaré a mi agencia local de acción comunitaria si se produce un cambio en los ingresos del hogar y/o en el número de personas que viven en mi hogar mientras estoy inscrito en el programa.
4. Comprendo que, al actualizar la información de mi hogar con agencia local de acción comunitaria, la cantidad de mi descuento podría modificarse para reflejar la situación de mi hogar.
5. Más allá de cualquier cambio en los ingresos del hogar y/o en el número de personas que viven en el mismo, comprendo que necesitare volver a solicitar el descuento de la factura para mantener este en el periodo de inscripción original.
6. Entiendo que se compartirán mis datos con la agencia local de acción comunitaria para remitirme a otros programas de asistencia.
7. Autorizo a Avista a compartir mi información con mi agencia local de acción comunitaria.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_