



State of Utah  
Department of Workforce Services  
**SOLICITUD PARA PROGRAMA H.E.A.T./ HELP/ EAF**  
**(ASISTENCIA PARA ENERGÍA DEL HOGAR)**

1. Información del solicitante:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellidos

# Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Fecha Nac: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Dirección de calle: \_\_\_\_\_ Ciudad/ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correspondencia: \_\_\_\_\_  
(de ser distinta) Ciudad/ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# Teléfono: \_\_\_\_\_ # Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha solicitado usted asistencia H.E.A.T antes? .....  Sí  No

3. Etnia:  Americano nativo  Blanco  Hispano  Afro-Americano  Asiático  
 Isleño del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

4. ¿Es usted ciudadano estadounidense? .....  Sí  No

**En caso negativo, provea documentación de residencia.**

5. Otras personas que viven en la residencia. Incluyendo todos los demás adultos y niños:

*(Continúe en la parte de atrás si hace falta.)*

Nombre <small>(Primero, Apellido)</small>	Relación	Fecha Nac <small>mm/dd/aaaa</small>	Edad	Número de Seguro Social	Sexo	Ingreso	Ciudadano
					M F	S N	S N
					M F	S N	S N
					M F	S N	S N
					M F	S N	S N
					M F	S N	S N

6. Composición familiar:

Niño menor a 3 años: .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Niños entre 3 y 5 años: .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mayores a 60 años: .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reciben estampillas de comida: .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudadanos U.S. (¿Todos?): .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Veteranos U.S.: .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Minusválidos o discapacitados:  Si  No En caso de SI, describa la discapacidad: \_\_\_\_\_

¿Está usted experimentando pobreza inter generacional (2 o más generaciones de su familia han tenido necesidad de acceder a programas de asistencia alimentaria, Medicaid, CHIP o asistencia de dinero en efectivo?): .....  Sí  No

Número de adultos: \_\_\_\_\_ Número de niños (menores a 18): \_\_\_\_\_ Total en el hogar: \_\_\_\_\_

7. Usted vive en (marque uno):  Casa  Apartamento (3 o más unidades)  Dúplex  
 Apartamento en sótano  Casa móvil  Trailer pequeño (necesita dirección fija)  
 Condominio  Townhouse

8. ¿Es propietario de su casa o paga renta? .....  Renta  Propia

¿Cuál es la fuente de calefacción primaria de su hogar?....  Gas  Electricidad  Propano  
 Aceite  Leña  Otro

¿Cuál es su fuente de calefacción secundaria? .....  Gas  Electricidad  Propano  
 Aceite  Leña  Otro/ Ninguno

¿Cuál es su fuente de enfriamiento? .....  Aire central  Ventilación/Evaporador/Otro  
 Aire de ventana  Ninguno

9. ¿Cuánto paga de alquiler al mes? \$ \_\_\_\_\_ ¿Su renta es subsidiada? .....  Sí  No

10. ¿Su renta incluye los servicios?  Si  No ¿Cuáles servicios? \_\_\_\_\_

- 11. El pago de H.E.A.T. debe hacerse a favor de los servicios en los porcentajes abajo listados (100%, 50/50% o 25/75%).** El proveedor de los servicios y el porcentaje no puede cambiarse después de ser entregada la solicitud. Asegúrese de marcar con un círculo el estatus de la cuenta para cada servicio. Si marca 48 horas, debe incluir copia de la notificación de corte de 48 horas. Para el propano, marque **ON (ENCENDIDO)** si aún tiene combustible, **OFF (APAGADO)**, si se le acabó, o **48HR** si se le acabará el combustible en menos de 48 horas.

Nombre del proveedor de servicios	% del beneficio	Estatus de la cuenta (marque uno)	Números de cuenta de los servicios	Nombre en la cuenta (Si no es el solicitante, favor explique)
		ON / OFF / 48 HR		
		ON / OFF / 48 HR		

Nombre del proveedor eléctrico y # de cuenta si no lo ha incluido: \_\_\_\_\_

- 12. Ingreso:** Indique las fuentes de ingreso y/o ayuda que reciben usted o cualquiera que viva en su hogar. Adjunte todos los talones de pago y documentación de cualquier otro ingreso que recibió el mes pasado. Todo adulto sin ingreso o ganancia de negocios que viva en el hogar debe llenar una forma de declaración de déficit de ingreso.

Tipo de ingreso ganado	S / N	Nombre del recipiente	Fecha pagado	Monto Bruto	Cada cuanto tiempo recibe el ingreso? (semanal, bisemanal, 2 x mes, mensual)
Empleo	S / N				
Empleo	S / N				
Empleo	S / N				
Empleo	S / N				
Empleo propio	S / N				
Empleo propio	S / N				

Tipo de ingreso no ganado	S / N	Nombre del recipiente	Fecha pagado	Monto Bruto	Cada cuanto tiempo recibe el ingreso? (semanal, bisemanal, 2 x mes, mensual)
Seguro social, SSI, SSD	S / N				
Seguro social, SSI, SSD	S / N				
Seguro social, SSI, SSD	S / N				
Desempleo	S / N				
Desempleo	S / N				
Pensión alimenticia	S / N				
Anualidad	S / N				
Manutención de hijos	S / N				
Pagos de hipoteca reversa	S / N				
Pensión	S / N				
Pagos de fideicomisos	S / N				
Propiedad rentada	S / N				
Retiro	S / N				
TANF/FEP/Asistencia general/Otros pagos de beneficios	S / N				
Beneficio de veteranos	S / N				
Compensación laboral	S / N				
OTRO	S / N				

Adjunte una hoja adicional si necesita proveer información de todas las fuentes de ingreso de todos los miembros de su hogar.

**13. Deducciones médicas:** liste cualquier prima de seguro de salud, dental o de la visión, pagos por medicamentos recetados, oxígeno, lentes / lentes de contacto, audífonos y pagos a médicos, hospitales, o clínicas médicas / dentales **pagados el mes pasado**. Todos los recibos deben haber sido pagados en el mismo mes de los ingresos listados en el párrafo número 12. (Adjunte una hoja adicional si es necesario.)

Nombre de la persona	Tipo de gasto médico	Prueba de pago	Fecha de pago	Monto pagado
				\$
				\$
				\$
				\$

**14. Deducciones por pensión alimenticia y manutención:** Usted o alguien en su hogar tuvo que pagar pensión alimenticia o manutención el mes pasado): .....  Si  No

**En caso afirmativo,** debe incluir copias de sus recibos junto a esta solicitud. Todos los recibos deben haber sido pagados en el mismo mes de los ingresos listados en el párrafo número 12.

**DECLARACIÓN:** Entiendo que ni el proveedor ni el porcentaje de mi pago de H.E.A.T. puede ser cambiado. Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y que si doy información falsa se me puede exigir la devolución de los fondos recibidos. Estoy de acuerdo en cooperar con las autoridades estatales y federales en cualquier revisión de mi solicitud y proporcionar la información necesaria para verificar cualquier declaración en este documento. Doy permiso para que mis proveedores de servicios públicos provean mis datos de facturación y uso al estado de Utah. Por la presente autorizo a los funcionarios del programa H.E.A.T. a investigar a las personas, empresas, instituciones financieras, y otras agencias estatales y federales para ayudar en el procesamiento de mi solicitud. Entiendo que de no proveer la información necesaria para determinar mi elegibilidad dentro de los 10 días a partir de la fecha que mi solicitud, la misma puede ser rechazada. Yo entiendo que de llegarse a negar mi solicitud, tengo el derecho a una audiencia imparcial. Además, entiendo que si los fondos federales de H.E.A.T. se agotan antes de procesar esta solicitud, el Estado de Utah no tiene ninguna obligación de hacer el pago. Entiendo que si mi solicitud es denegada o si la oficina local no ha actuado sobre mi solicitud en un plazo de 45 días, tengo el derecho de solicitar una audiencia imparcial. Hago saber también que si califico, me gustaría recibir el programa de descuentos HELP (AYUDA) de Rocky Mountain Power y crédito del Fondo de Asistencia de Questar Energía y Gas (EEP).

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Si usted cree que sido tratado en forma injusta por el programa HEAT, favor llame al número telefónico 866-205-4357 para asistencia.

OFFICE USE ONLY		
<p><b>1. INCOME FORMULA</b>            Total NET Income \$ _____            divided by 100% of the Poverty            Amount for a household size of _____            (see table) \$ _____ = _____ %            (Ineligible if over 150%)            Subtract the % amount from            \$205.00 = \$ _____   <b>Total #1: \$ _____</b></p>	<p><b>2. ENERGY BURDEN</b>            FUEL TYPE: _____            Household Energy Cost (Select one):            Actual Costs \$ _____            House Standard \$ _____            Apt. Stand. \$ _____             Divide Energy Cost selected above by total            NET income _____ = _____ X \$7.00 = _____            (Max. of 25)   <b>Total #2: \$ _____</b></p>	<p><b>3. TARGET GROUPS</b>            Child under 6 _____            Disabled _____            Over 60 _____             (If household has any            members in a target group            add \$150)   <b>Total #3: \$ _____</b></p>
<p><b>Add totals from boxes 1, 2, &amp; 3 for estimated Total HEAT Benefit: \$ _____</b></p>		

**Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria**

Disponemos de ayudas y servicios auxiliares para individuos discapacitados cuando así lo soliciten llamando al (801) 526-9240.  
 Los individuos con impedimentos auditivos y/o del habla pueden llamar a "Relay Utah" discando 711.  
 Los hispanoparlantes pueden llamar a la línea de ayuda en español (Spanish Relay Utah) al 1-888-346-3162.