

Localidad / FIPS \_\_\_\_\_ Caso nro. \_\_\_\_\_ Fecha de recepción de la solicitud \_\_\_\_\_ Trabajador/a \_\_\_\_\_

**SOLCITUD DE AYUDA EN CASO DE CRISIS**  
*Se aceptan solicitudes desde el 1.º de noviembre hasta el 15 de marzo*

**RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS POR COMPLETO**

**PARTE I**

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_ ¿En qué ciudad o condado vive? \_\_\_\_\_

Dirección física / de servicios (incluir el número del apto.): \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial): \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Idioma principal que habla en la casa: \_\_\_\_\_

¿Cuál considera el mejor medio para que el / la trabajador/a se comuniquen con usted? MARQUE solo una opción:  Teléfono fijo  Teléfono celular  Teléfono del trabajo  Dirección de correo electrónico

**Método preferido de correspondencia** (Nota: este método no es lo mismo que el mejor medio por el que el /la trabajador/a puede comunicarse con usted).

Si desea recibir un mensaje de texto o un correo electrónico en el que se le avise que puede acceder electrónicamente a algunos correos sobre sus beneficios a través de CommonHelp, seleccione una de las siguientes opciones. Consigne un número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija un método electrónico preferido de correspondencia, se utilizará para todos los programas del caso relacionado con la solicitud.

Si no elige recibir notificación por mensaje de texto o correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del correo de los EE. UU. Si completa una solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, se le enviará toda la correspondencia por correo postal. El solicitante puede ponerse en contacto con el departamento local de servicios sociales para conocer cómo cambiar el método de correspondencia.

Mensaje de texto  Correo electrónico  Teléfono celular para enviar el mensaje: \_\_\_\_\_ Prestador del servicio de telefonía celular: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**PARTE II**

**1. ¿Qué necesidad por crisis posee? (marque todas las opciones que correspondan).**

Reparación del equipo de calefacción  Compra del equipo de calefacción  Equipo suplementario o mantenimiento del equipo  
 Pago del depósito de seguridad  Depósito para un tanque de gas de LP  Compra de un calentador portátil para un espacio  Refugio de emergencia

**Ayuda en caso de crisis: El combustible de emergencia comienza el 1.º de enero**  Compra del combustible para la calefacción  Pago de la factura del servicio de hogareña principal  Pago de la factura del servicio de calefacción principal

En el caso de estar sufriendo una emergencia energética, marque el tipo de emergencia a continuación:

Calefacción principal: ya desconectada Empresa: \_\_\_\_\_ Fecha de desconexión: \_\_\_\_\_  
 Aviso ya recibido para la desconexión de la calefacción principal Empresa: \_\_\_\_\_ Fecha fijada para la desconexión: \_\_\_\_\_  
 Cuenta electrónica de prepago ¿El saldo es \$25 o inferior?  SÍ  NO Saldo de la cuenta: \$ \_\_\_\_\_  
 Tanque de propano o de gas de bombona ¿Menos del 20 % dentro del tanque?  SÍ  NO Tamaño del tanque: \_\_\_\_\_ ¿Qué porcentaje tiene el tanque en la actualidad? \_\_\_\_\_ %  
 Tanque de aceite o queroseno ¿Menos del 25 galones dentro del tanque?  SÍ  NO Tamaño del tanque: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos galones tiene el tanque en la actualidad? \_\_\_\_\_  
 Carbón o leña ¿Suministro para menos de 7 días?  SÍ  NO ¿Para cuántos días le dura el suministro de carbón o leña? \_\_\_\_\_

2. MARQUE la casilla con la letra que mejor describa la situación de vida actual. Lea todas las opciones antes de escogerla. **MARQUE SOLO UNA OPCIÓN.**

- A. Soy propietario o estoy en el proceso de comprar mi casa y pago todas las facturas de calefacción.
- B. Soy propietario o alquilo la casa y no pago la factura de calefacción.
- C. Pago \$ \_\_\_\_\_ de alquiler y, además, pago la calefacción por separado.
- E. Pago \$ \_\_\_\_\_ de alquiler y la calefacción está incluida en el pago del alquiler.
- F. Vivo en una vivienda subvencionada, Sección 8, HUD y, a veces, pago las tarifas por exceso de consumo.
- G. Vivo en una vivienda de la Sección 8, HUD, vivienda subvencionada, y pago, con regularidad, todas o parte de las facturas de calefacción.
- I. Vivo en una habitación en la casa de otra persona.
- L. Vivo en una institución, en un hogar colectivo, en un centro de tratamiento o en un hogar para adultos.
- P. No pago alquiler y vivo en un lugar con más de una habitación, en una casa o en un apartamento, y pago la calefacción.
- Q. Vivo en un refugio de emergencia.      SÍ      NO No tengo hogar.      SÍ      NO  
Ya planifiqué mudarme a una casa, a un apartamento o a un lugar con más de una habitación.      SÍ      NO

**Haga una lista de todas las personas que viven en la casa, con usted en la primera fila. Haga una lista del número de seguridad social de todas las personas que viven en la casa. Complete la información de cada persona.**

NOMBRE	VÍNCULO CON LA PERSONA EN LA FILA 1	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	GÉNERO (M, F)	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	HISPANO O LATINO		TRABAJA		MONTO BRUTO MENSUAL DE INGRESOS	INGRESOS PAGADOS cada semana, cada dos semana, cada medio mes, cada mes	ENUMERE <b>TODAS</b> LAS FUENTES DE INGRESOS salario por trabajo (enumere el nombre del empleador o de la empresa), trabajo independiente, desempleado, compensación para el trabajador, SSI, seguridad social, beneficios a veteranos, jubilación, TANF, manutención de menores, pensión alimenticia, ingreso por alquileres, etc.
						Sí (S)	No (N)	Sí(S)	No (N)			
	<b>Usted</b>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- 3. ¿Cuántas personas viven en la casa? \_\_\_\_\_
- 4. ¿Alguna persona no se encuentra en la casa de forma temporal?      SÍ      NO De marcar "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la fecha prevista de regreso? \_\_\_\_\_
- 5. ¿Todas las personas que viven en la casa son ciudadanos estadounidenses?      SÍ      NO De marcar "No", ¿quién no es ciudadano/a? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es su condición migratoria? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su número de registro de extranjero? \_\_\_\_\_
- 6. ¿Algún integrante familiar tiene alguna discapacidad?      SÍ      NO De marcar "Sí", ¿quién tiene alguna discapacidad? \_\_\_\_\_
- 7. ¿Algún integrante del hogar recibe los beneficio del SNAP (antes denominados "estampillas de comida")?      SÍ      NO De marcar "Sí", nombre del caso \_\_\_\_\_
- 8. ¿Algún integrante de la casa recibe Medicaid?      SÍ      NO De marcar "Sí", nombre del caso \_\_\_\_\_
- 9. ¿Alguna persona recibe la atención de Medicaid en la casa o la comunidad?      SÍ      NO De marcar "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_ El monto de paga del paciente es \$ \_\_\_\_\_
- 10. ¿Algún integrante paga Medicare Part B, Part C, o Part D      seguro?      SÍ      NO De marcar "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto se paga por Medicare Part B? \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuánto se paga por Medicare Part C? \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuánto se paga por Medicare Part D? \$ \_\_\_\_\_
- 11. MARQUE el tipo de equipo que emplea como fuente de calefacción primaria / principal para la casa. **MARQUE SOLO UNA OPCIÓN.**  
 Horno                       Radiador                       Calentador portátil                       Calefactor con espacio ventilado (calefactor con escape exterior o con sistema de monitoreo)  
 Zócalo                       Bomba de calor                       Chimenea                       Estufa a carbón o leña                       Estufa para cocinar                       Ninguno                       Desconocido

12. ¿Funciona el equipo de calefacción que usted posee?       SÍ             NO       Describa los problemas que tenga con el equipo de calefacción en la actualidad \_\_\_\_\_

13. En el caso de que el equipo de calefacción no funcione, ¿posee otra fuente de calefacción?       SÍ             NO      

De marcar "Sí", ¿cuál?        Chimenea        Estufa a leña        Calentador portátil de un espacio        Otro

14. ¿A quién pertenece el equipo de calefacción o quién se responsabiliza de comprar o reparar dicho equipo? \_\_\_\_\_

15. **HAGA UN CÍRCULO** sobre el tipo de combustible que utiliza para calefaccionar la casa. **MARQUE SOLO UNA OPCIÓN.**

Electricidad     Gas natural     Aceite     Queroseno transparente     Queroseno teñido (rojo)     Carbón     Madera     Propano líquido (LP) o gas de bombona

16. Nombre y dirección de la empresa usada para la calefacción hogareña: \_\_\_\_\_

Se requiere la verificación por parte de la empresa de servicios si usted calefacciona con electricidad o con gas natural. Solo se puede pagar un beneficio de ayuda por crisis si usted debe un saldo que ocasione la desconexión del servicio o si el saldo de la cuenta del servicio eléctrico de prepago es inferior a \$25 Adjunte una copia de la factura actual eléctrica o de gas, o de la evidencia de que tiene un saldo actual de \$25 o inferior en la cuenta del servicio eléctrico de prepago. **Complete la siguiente información:**

Nombre de la cuenta \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_ ¿Quién es responsable de pagar la factura? \_\_\_\_\_

¿El pago se realiza mediante un pago automático de débito / crédito o un giro bancario mensual?       SÍ             NO      

17. ¿Algún integrante familiar o amigo puede brindarle refugio de forma temporal?       SÍ             NO      

**La siguiente pregunta se exige solo por motivos federales de elaboración de informes. Las respuestas que brinde no afectarán el procesamiento de la solicitud, la elegibilidad ni el monto del beneficio.**

18. En el caso de que la electricidad no sea el combustible que emplea para calefaccionar la casa, ¿cómo se llama la empresa que usted usa para el servicio eléctrico? \_\_\_\_\_

Nombre de la cuenta \_\_\_\_\_ Número de la cuenta \_\_\_\_\_

### **Certificación de la agencia de registro de votante del estado de Virginia**

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿desea solicitar aquí hoy el registro para votar?

- Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual o no soy elegible para registrarme para votar y no necesito una solicitud para registrarme para votar.
- Sí, me gustaría solicitar registrarme para votar. (Visite [www.elections.virginia.gov/citizen-portal/](http://www.elections.virginia.gov/citizen-portal/) para hacer la solicitud en línea o para pedir que se le envíe por correo un formulario para el registro del votante).
- No, no quiero registrarme para votar.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Solicitar registrarse para votar o negarse a registrarse para votar no afectará la asistencia o los servicios que le proporcionará esta agencia. Si se niega a registrarse para votar, este hecho permanecerá confidencial. Si se registra para votar, su solicitud se mantendrá en forma confidencial y solo se utilizará para fines de registro de votantes. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado si lo desea. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, puede presentar una queja ante: Secretaría de la Junta de Elecciones del estado de Virginia Washington Building, 1100 Bank Street, Richmond, VA, 23219-3497, (804) 864-8901.

El Departamento de Desarrollo Comunitario y de Viviendas de Virginia imparte el Weatherization Assistance Program (WAP, Programa de Ayuda para la Climatización) por medio de una red de organizaciones sin fines de lucro en todo el estado. El WAP disminuye el consumo energético del hogar con la instalación de medidas rentables para el ahorro energético, y estas medidas, a su vez, mejoran la seguridad y la salud del residente. Algunas medidas habituales incluyen taponar las fugas de aire, agregar aislantes y reparar los sistemas de calefacción y de refrigeración. Puede obtener más información sobre el WAP en <https://www.dhcd.virginia.gov/wx> o llamando al (804) 371-7000.

### CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que las declaraciones y los documentos adjuntos anteriores son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. En un lapso máximo de cinco días, le avisaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) sobre cualquier cambio que acontezca en mi situación actual. Tomo conocimiento de que ni yo ni ningún otro integrante de mi casa puede vender mercadería en mi nombre a través de este programa, salvo que el DSS local haya otorgado el permiso para venderla. Todos los beneficios recibidos deben usarse para el fin autorizado. Puedo presentar una queja si considero que fui discriminado por mi raza, color, país de origen, discapacidad, sexo, edad, creencias políticas, religión, orientación sexual y estado civil o familiar. Si brindo información falsa, oculto información, no informo los cambios con prontitud o consigo ayuda para la que no reúno los requisitos, yo podría estar infringiendo la ley y, por lo tanto, me podrían procesar por perjurio, hurto o fraude. Si completé el presente formulario de solicitud, o ayudé en el proceso de completarlo y asistí e incité al solicitante a conseguir ayuda para la cual no reúne las condiciones necesarias, yo podría estar infringiendo la ley y, por lo tanto, me podrían procesar. Tomo conocimiento de que el DSS puede usar la información presente en esta solicitud o que me pueden contactar a los fines de realizar una investigación, una evaluación y un análisis en la medida que lo permita la ley estatal y federal. Mi firma autoriza al DSS a obtener toda verificación con el objeto de demostrar la elegibilidad de mi hogar para recibir ayuda o de brindar la información de mi expediente de caso a otras organizaciones de las que he recibido o solicitado asistencia. Tomo conocimiento de que, al proporcionar la información de mi cuenta / proveedor(es) de energía, autorizo al (los) proveedor(es) de energía a brindar detalles sobre mi cuenta y sobre mi consumo de energía al DSS para los fines de la verificación, evaluación, elaboración de informes y análisis del programa. Me comprometo a mantener indemne y/o a liberar a mi(s) proveedor(es) de energía de cualquier reclamo, pérdida, demanda, daño o responsabilidad de todo tipo y, además, contra todo lo antes mencionado provocados o presuntamente provocados por dicha divulgación.

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

**Testigo que marca o intérprete:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Completafo en nombre del solicitante por:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_