

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE SUBSIDIO DE ENERGÍA PARA EL HOGAR



RESPONDA **TODAS** LAS PREGUNTAS. **NO** ESCRIBA EN LAS ÁREAS **SOMBREADAS**. ESCRIBA CLARAMENTE, EN LETRA DE IMPRENTA, Y FIRME EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 5.

RELLENE LOS SIGUIENTES CASILLEROS QUE ESTÁN EN BLANCO

SI NECESITA AYUDA , PÓNGASE EN CONTACTO CON LA AGENCIA INDICADA ARRIBA								SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA							
								DSS				OFA / ALTERNATE CERTIFIER			
								DATE RECEIVED				DATE RECEIVED			
PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE															
OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS.								
CASE NAME					NUMBER REUSE INDICATOR	HEAP INCOME CODE	<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> HEATING EQPT <input type="checkbox"/> EMERGENCY <input type="checkbox"/> OTHER _____								

SECCIÓN 1: COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE											
PRIMER NOMBRE			Inicial de 2º Nombre		APELLIDO						
OTROS NOMBRES QUE HE USADO SON:				NOMBRE			NOMBRE				
DIRECCIÓN (CALLE)						Apto. N°. #		CIUDAD			
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO			¿Desde hace cuánto tiempo reside en este domicilio? AÑOS _____ MESES _____						
NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA DONDE SE ME PUEDE UBICAR (Código + Número)					MEJOR HORA QUE SE ME PUEDE LLAMAR						
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA ANTERIOR)											
DOMICILIO				Apto. N°.		CIUDAD		CONDADO		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿ALGUNA VEZ HA SOLICITADO HEAP? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI RESPONDIÓ «SÍ», FECHA DE SU SOLICITUD MÁS RECIENTE →											

NOMBRE DE TODAS LAS PERSONAS, INCLUYÉNDOSE A SÍ MISMA(O), QUE VIVEN EN LA MISMA VIVIENDA (¿Nadie más?, escriba **NINGUNA OTRA PERSONA**, DEBAJO DE SU NOMBRE):

CD	LN	PRIMER NOMBRE	Inicial	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO (M/F)	PARENTESCO CONMIGO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	CIUDADANO / NACIONAL O EXTRANJERO HABILITADO	CIEGO O INCAPACITADO
					MES	DÍA	AÑO					
1	01								YO MISMO (A)		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
1	02										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
1	03										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
1	04										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
1	05										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
1	06										<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS DEL GRUPO FAMILIAR

Si tiene personas adicionales que incluir, favor de adjuntar una hoja por separado.

¿RECIBE USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU DOMICILIO, CUPONES PARA ALIMENTOS?

SÍ NO Si contesto «SÍ», ¿Quién? NÚMERO DE CASO FS:

¿RECIBE USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU DOMICILIO ASISTENCIA TEMPORAL?

SÍ NO Si contestó «SÍ», ¿Quién? NÚMERO DE CASO TA:

SECCIÓN 4: INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

INFORME TODO TIPO DE INGRESO QUE RECIBE **CADA MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR**. TODO MONTO DEBE ESTAR INDICADO COMO **INGRESO BRUTO MENSUAL** ANTES DE LAS DEDUCCIONES. AGREGUE PÁGINAS ADICIONALES DE SER NECESARIO.

MARQUE UNO (✓)	TIPO DE INGRESO	¿SÍ? INDIQUE EL MONTO (Monto mensual en bruto antes de las deducciones)	INFORMACIÓN ADICIONAL	¿QUIÉN LO RECIBE?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	SEGURO SOCIAL / Incluya depósito directo	MONTO MENSUAL \$	Indique cuánto paga por: Medicare Parte B: Medicare Parte D:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	SEGURO SOCIAL POR INCAPACIDAD / Incluya depósito directo	MONTO MENSUAL \$	Indique cuánto paga por: Medicare Parte B: Medicare Parte D:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI)	MONTO MENSUAL \$		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	PENSIÓN / JUBILACIÓN privada y/o gubernamental	MONTO MENSUAL \$	Fuente de la pensión	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	BENEFICIOS PARA VETERANOS	MONTO MENSUAL \$		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	INCAPACIDAD, privada o del Estado de Nueva York	MONTO SEMANAL \$	Fuente	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	CONTRIBUCIÓN de alguien que no pertenece al grupo familiar	MONTO MENSUAL \$	Nombre de quien contribuye	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	SUSTENTO DE MENORES	MONTO SEMANAL \$	Fuente	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	PENSIÓN ALIMENTICIA, inclusive pagos de hipoteca, facturas de servicios públicos, etc.	MONTO MENSUAL \$	Fuente	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	INGRESOS POR ALQUILER de apartamento, garaje, terreno, etc.	MONTO MENSUAL \$	Tipo de alquiler	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	HABITACIÓN / HOSPEDAJE (recibido) etc.	MONTO MENSUAL \$	Nombre del inquilino / huésped	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	COMPENSACIÓN LABORAL	MONTO SEMANAL \$		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	SUBSIDIO POR DESEMPLEO	MONTO SEMANAL \$	Fecha de inicio: Fecha de finalización:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	INGRESE LOS DATOS EN LA PÁGINA 4		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	SALARIO SOMETA TALONES DE CHEQUES SALARIALES DE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. Nota: Montos mensuales en bruto se multiplican por 4.3333 para calcular el monto mensual. Montos bisemanales en bruto se multiplican por 2.1666 para calcular el monto mensual.	<input type="checkbox"/> SEMANALMENTE \$ <input type="checkbox"/> BISEMANAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUALMENTE \$	Empleador	
		<input type="checkbox"/> SEMANALMENTE \$ <input type="checkbox"/> BISEMANAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUALMENTE \$	Empleador	
		<input type="checkbox"/> SEMANALMENTE \$ <input type="checkbox"/> BISEMANAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUALMENTE \$	Empleador	
		<input type="checkbox"/> SEMANALMENTE \$ <input type="checkbox"/> BISEMANAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUALMENTE \$	Empleador	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿RECIBE INGRESOS DE ALGUNA OTRA FUENTE? ADJUNTE EXPLICACIÓN	MONTO \$	Fuente	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	INGRESOS POR TRABAJO DE CUENTA PROPIA _____ TIPO DE NEGOCIO _____ Si la respuesta es 'Sí', puede elegir que el ingreso de su trabajo por cuenta propia se calcule basándose en la planilla federal de impuestos registrada para el año en curso o año anterior si es que usted todavía no ha registrado una declaración federal de impuestos para el año en curso (adjunte los anexos pertinentes) o basándose en los tres (3) meses previos a la solicitud. Escoja un método: <input type="checkbox"/> Declaración federal de impuestos registrada <input type="checkbox"/> Últimos tres meses			

FIRME LA SOLICITUD EN LA PÁGINA 5

¿ALGÚN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR NO RECIBE INGRESOS DE NINGUNA FUENTE? HAGA UNA LISTA SOLAMENTE DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR MAYORES DE 18 AÑOS.

NO Sí, Nombre de los miembros del grupo familiar que no reciben ingresos:

¿HAY ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS O DE ESCUELA SECUNDARIA A TIEMPO COMPLETO Y DEPENDIENTES ENTRE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR?

No Sí, Quién _____

INGRESOS DE INTERESES Y DIVIDENDOS

TIPO DE INGRESO	¿SÍ? INDIQUE MONTO RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	INFORMACIÓN ADICIONAL
INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco
INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco
INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco
INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco
DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos
DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos
DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos
DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted puede autorizar a alguien familiarizado con las circunstancias de su hogar para que solicite el subsidio HEAP por usted. Dicha persona se conoce como Representante Autorizado. Un representante autorizado puede: rellenar y registrar la solicitud HEAP; comunicarse directamente con la agencia y hablar con el trabajador social; tener acceso a datos sobre habilitación según aplican a su caso en particular; rellenar y firmar todo formulario en su nombre; suministrar documentación; apelar decisiones tomadas por la agencia y recibir formularios y notificaciones dirigidas a usted. La designación de representante autorizado permanece vigente por el término de la temporada de HEAP, a no ser que usted la revoque. Cada temporada de HEAP se le preguntará si desea designar un representante autorizado.

Marque esta casilla si en este momento desea autorizar un representante autorizado de HEAP.

Marque esta casilla si desea que su representante autorizado reciba cartas sobre sus beneficios.

Usted nos informó que desea designar un representante autorizado de HEAP. Favor de suministrar los siguientes datos sobre la persona que desea designar como su representante autorizado.

Nombre de representante autorizado:

Dirección y número de teléfono:

FIRME LA SOLICITUD EN LA PÁGINA 5

SECCIÓN 5: AVISOS IMPORTANTES**AVISO IMPORTANTE**

SEPA QUE EXISTE UN MONTO LIMITADO DE FONDOS DESTINADO AL PROGRAMA HEAP. UNA VEZ AGOTADOS LOS FONDOS, NO SE EMITIRÁN MÁS SUBSIDIOS. POR LO TANTO, LE ACONSEJAMOS QUE RELLENE Y DEVUELVA SU SOLICITUD LO ANTES POSIBLE. TENGA EN CUENTA QUE EN AÑOS ANTERIORES EL PROGRAMA SE CERRÓ TAN PRONTO COMO EL 12 DE MARZO.

LIFELINE: si usted solicita el servicio telefónico de descuento de *Lifeline*, es posible que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*NYS Office of Temporary and Disability Assistance*) revele su nombre y domicilio a la compañía telefónica. La compañía telefónica posiblemente utilice esos datos para inscribirlo en el servicio de descuento telefónico conocido como *Lifeline*.

Si no quiere que se revele este tipo de información, marque este casillero .

Puede comunicarse directamente con la compañía telefónica para inscribirse en el servicio de descuento telefónico conocido como *Lifeline*.

LEY SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – NOTIFICACIÓN AL CLIENTE

La Ley Estatal sobre Protección de Datos Personales, en vigencia desde el 1^{ERO} de septiembre de 1984, establece que debemos mantenerlo al tanto de lo que el Estado hará con la información que nos proporcione con respecto a usted y a su familia. Esos datos se utilizan para averiguar si usted reúne las condiciones necesarias para participar en el programa de Subsidio de Energía para el Hogar, y de ser así, para qué monto. La Sección 21 de la Ley de Servicios Sociales nos concede el derecho de obtener información acerca de su persona. Con el fin de asegurarnos de que reciba toda la asistencia a la que, por ley, usted y su familia tienen derecho, verificamos con otras fuentes de información los datos que usted nos proporciona. Por ejemplo:

- Se podrá verificar si usted o los miembros del grupo familiar estaban trabajando. Lo hacemos enviando su nombre y número de seguro social al Departamento Estatal de Impuestos y Finanzas, como también a empleadores de los que se tenga conocimiento, con motivo de saber si usted trabajó y cuánto ganó.
- Podemos solicitar al Estado que consulte con la División de Seguro por Desempleo para saber si usted o algún miembro de su grupo familiar recibió un subsidio por desempleo.
- Podemos consultar con los bancos para que se nos haga conocimiento de todo ingreso que usted o los miembros del grupo familiar hayan recibido.

Además de usar así la información que usted nos proporcione, el Estado también la usa para preparar estadísticas acerca de las personas que reciben Subsidio de Energía para el Hogar. Esta información se usa con fines de planeamiento y administración de programas. El Estado también puede usarla para realizar control de calidad, con el objeto de asegurarse de que los distritos locales hagan su trabajo de la mejor manera posible. La información se usa para verificar quién es su suministrador de servicios energéticos y con motivo de remitir pagos a dichos suministradores. Si usted no nos proporciona la información que necesitamos, ello puede obstaculizar las averiguaciones que hacemos con motivo de determinar si reúne las condiciones para recibir asistencia, y nos obligará a rechazar su solicitud. La presente información se conserva en la oficina del Subcomisionado de la División de Tecnología Informática: *Division of Information Technology (DoIT), Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001*. No envíe su solicitud a esa dirección. Si usted o un miembro de su grupo familiar no poseen un número de seguro social, deben solicitar uno ante la Oficina Estadounidense del Seguro Social.

Lea la siguiente información importante

Yo juro o declaro que los datos que he suministrado en la presente solicitud o que suministraré en entrevistas telefónicas posteriores, son verdaderos y exactos. Estoy consciente de que toda afirmación falsa o distorsión que yo haga deliberadamente en conexión con esta solicitud y peticiones posteriores de asistencia HEAP, puede causar que se me declare inhabilitado para la asistencia que yo reciba directamente o que se pague a terceros en representación de mi persona. Además, toda afirmación falsa o distorsión que yo haga deliberadamente con el propósito de obtener asistencia de este programa, puede ocasionar que se inicien acciones legales en mi contra, corriendo el riesgo de que se me impongan sanciones civiles y/o penales. Entiendo que, al firmar esta solicitud / certificación, doy mi consentimiento para que toda agencia gubernamental autorizada lleve a cabo toda investigación necesaria para verificar o confirmar la información que he proporcionado en conexión con la solicitud de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP) de la presente temporada. Además, doy mi consentimiento para que los datos suministrados en conexión con esta solicitud se usen para derivaciones al Programa de Asistencia con Gastos de Climatización y los programas de asistencia para beneficiarios de bajos ingresos de mi suministrador de servicios públicos.

SI DESEA RECIBIR EL SUBSIDIO HEAP, SE TIENEN QUE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS Y LA SOLICITUD DEBE FIRMARSE Y FECHARSE A CONTINUACIÓN.

FIRME AQUÍ: X

FECHA DE LA FIRMA

DE SER PERTINENTE, NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE AYUDÓ:

NÚMERO DE TELÉFONO:

USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

APPLICATION TYPE: Full Documentation Simplified

Vendor	Account Number	Vendor Code	Vendor Relationship: <input type="checkbox"/> Current Bill/Vendor Statement <input type="checkbox"/> Collateral Contact
--------	----------------	-------------	--

IDENTITY OF HOUSEHOLD MEMBERS

LN	HOUSEHOLD MEMBER'S NAME	DOCUMENTATION
01		
02		
03		
04		
05		
06		

IS ANYONE IN THE HOUSEHOLD VULNERABLE? Under the age of 6 Age 60 or older Permanently Disabled
 Who _____ Documentation _____

RESIDENCE – CHECK TYPE OF DOCUMENTATION OBTAINED

Current Rent Receipt w/Name & Address Water, Sewage, or Tax Bill Mortgage Payment Book/Receipts w/Address Deed
 Copy of Lease w/Address Utility Bill Homeowners Ins. Policy Other _____

INCOME DOCUMENTATION/CALCULATION

Categorically Eligible: TA FS Code A SSI

Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc.

REGULAR BENEFIT (EMERGENCY USE PART B)

Gross Bi-Weekly Income x 2.1666
Gross Weekly Income x 4.3333

SEPARATE HEAT (check one)

<input type="checkbox"/> Oil	<input type="checkbox"/> Kerosene
<input type="checkbox"/> LP Gas	<input type="checkbox"/> Natural Gas
<input type="checkbox"/> Wood	<input type="checkbox"/> Wood Pellets
<input type="checkbox"/> Coal/Corn	<input type="checkbox"/> PSC Electric
<input type="checkbox"/> Municipal Electric	

HEAT INCLUDED IN RENT

Payment to Household
 Payment to Utility

TOTAL INCOME \$

TIER I TIER II

Benefit \$ _____

Application compared to previous information
 No prior application No Changes WMS Inquiry Changes verified How: _____

<input type="checkbox"/> Pended	START: _____	END: _____	<input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> DENIED
---------------------------------	--------------	------------	---

CERTIFYING AGENCY

WORKER'S SIGNATURE/DATE

SUPERVISOR'S INITIALS/DATE

CONSENTIMIENTO PARA RETIRO DE SOLICITUD:

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE RETIRE MI SOLICITUD FIRME AQUÍ _____

ENTIENDO QUE PUEDO VOLVER A SOLICITAR EL SUBSIDIO HEAP CUANDO SE REINICIE EL PERIODO DE ACEPTACIÓN DE ESTAS SOLICITUDES.

PROGRAMA DE SUBSIDIO DE ENERGÍA PARA EL HOGAR DEL ESTADO DE NUEVA YORK (HEAP) INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO RELLENAR LA SOLICITUD

INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO RELLENAR LA SOLICITUD:

Rellene todas las áreas no sombreadas y conteste todas las preguntas.

Haga una lista de todas las personas que viven en su casa, inclusive aquellas personas con las que no comparte ningún parentesco con usted o que no contribuyen económicamente con los gastos del hogar. Posiblemente se le exija someter comprobante de identidad de cada miembro del grupo familiar.

Todos los miembros del grupo familiar deben tener un número de seguro social. Si alguno de los miembros del grupo familiar no tiene un número de seguro social pero ha solicitado uno, escriba «solicitado» en la casilla que lee Seguro Social. Si deja este espacio en blanco para alguno de los miembros del grupo familiar, no se procesará su solicitud y quedará pendiente en espera de más datos.

Haga una lista de TODOS los ingresos de cada miembro del grupo familiar. Todo monto debe ingresarse como ingreso en bruto antes de las deducciones. Es probable que se le pida comprobante de ingresos. El requisito de habilitación se basa en el ingreso bruto mensual del hogar del mes en el que se somete la solicitud.

Ingrese el monto en bruto del seguro social y los montos que paga por Medicare Parte B o D. Los montos que paga por Medicare Parte B y D no se cuentan como ingresos.

Solamente los montos de intereses y dividendos de cuentas bancarias, certificados de depósito, acciones, bonos u otros ingresos de inversión se toman en cuenta al calcular sus ingresos. Ingrese el monto recibido de los últimos doce (12) meses.

Cerciórese que FIRMA y fecha la solicitud. La solicitud debe estar firmada por la persona que aparece como titular en la cuenta de servicios de calefacción o por la persona responsable de pagar la factura si está a nombre de otra persona. Si la calefacción está incluida en el alquiler, el inquilino principal debe rellenar y firmar la solicitud.

Registro de Votantes

Sírvase adjuntar el formulario de registro de votante con la solicitud. Rellene este formulario si usted no se ha registrado para votar y desea hacerlo. El hacerlo no afecta de ninguna manera su habilitación para recibir el subsidio del programa HEAP.

¿QUÉ NECESITO PARA PODER SOLICITARLO?

Los nuevos solicitantes tendrán que someter los siguientes datos junto con la solicitud.

- Comprobante de identidad para cada integrante del grupo familiar
- Un número válido de seguro social para cada integrante del grupo familiar
- Comprobante de lugar de residencia
- Una factura de servicios públicos / combustible si paga por la calefacción o comprobante de que dichos gastos se incluyen en el alquiler
- Verificación de ingresos de todos los integrantes del grupo familiar.

Vea la página 4 de las instrucciones de la solicitud para informarse sobre los tipos específicos de documentación que se aceptan. Además, todo nuevo solicitante tendrá que ser entrevistado; se le da la opción de elegir entre una entrevista por teléfono o una entrevista en persona. Sin embargo, si usted escoge una entrevista por teléfono, bríndenos el número de teléfono de su trabajo y la mejor hora que le podemos llamar para entrevistarle. Indique esa información en la Página 1 de la solicitud.

DÓNDE SOLICITARLO

Debe solicitarlo en el condado donde usted reside actualmente. Puede solicitarlo en persona o por correo mandando la solicitud a la dirección impresa en la parte superior de la solicitud o puede encontrar otros certificadores locales en el siguiente sitio web: <http://www.otda.state.ny.us>.

¿CÓMO SÉ SI REÚNO LOS REQUISITOS?

Usted recibirá una notificación donde le indicaremos si la solicitud ha sido aprobada o rechazada. Si se aprueba su solicitud y usted paga las facturas de calefacción, su pago se enviará al suministrador de servicios de calefacción. En algunos casos, el subsidio al que usted tenga derecho se pagará a la compañía de servicios de electricidad si la calefacción está incluida en su alquiler. La notificación que reciba le indicará el monto del subsidio, cómo se le pagará y cómo fue calculado. El suministrador de servicios no hará entregas hasta que reciba el pago o hasta que reciba instrucciones del departamento local de servicios sociales.

El subsidio HEAP se da una vez al año como suplemento a los gastos de costos energéticos y no se supone que reemplace sus pagos personales. Le sugerimos continuar pagando sus facturas de electricidad.

¿QUÉ HAGO SI TENGO UNA EMERGENCIA?

El subsidio HEAP le puede ayudar con las siguientes emergencias:

- Ya no tiene combustible o tiene menos de un ¼ de tanque de aceite, kerosén o gas propano o suministro para menos de diez (10) días de suministro de combustible para calefacción.
- Su servicio de calefacción a gas natural o electricidad ha sido desconectado o se ha programado una fecha de desconexión.
- El equipo de calefacción del solicitante está fuera de servicio.

Si usted tiene una emergencia de calefacción y ha solicitado el subsidio regular pero todavía no lo ha recibido, le sugerimos comunicarse con el departamento local de servicios sociales. Siempre que se pueda, el subsidio de HEAP se usa primero para cubrir la necesidad de emergencia.

NO ESPERE A QUE SE LE ACABE EL COMBUSTIBLE DE CALEFACCIÓN O A QUE LE DESCONECTEN EL SERVICIO DE GAS O ELECTRICIDAD PARA SOLICITAR ASISTENCIA. SI SE LE DESCONECTA SU SERVICIO, LA COMPAÑÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO ESTÁ OBLIGADA A RESTAURARLO AUNQUE USTED REÚNA LOS REQUISITOS PARA RECIBIR EL SUBSIDIO DE HEAP.

Toda solicitud de petición de reparación o reemplazo del equipo de calefacción debe hacerse en persona con la documentación completa.

Datos sobre la ciudadanía estadounidense / extranjería

Para poder recibir el subsidio de HEAP usted debe ser ciudadano estadounidense o extranjero con estado migratorio aprobado o nacional no ciudadano estadounidense. Si desea información adicional sobre qué significa extranjero con estado migratorio aprobado o nacional no ciudadano, sírvase comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (OTDA, por sus siglas en inglés) al 1-800-342-3009, o visite el sitio web de OTDA en <http://www.otda.state.ny.us>.

Derechos del Solicitante

Usted tiene ciertos derechos cuando registra una solicitud de HEAP. Usted tiene derecho a que se le notifique si su solicitud ha sido aprobada o rechazada, dentro de treinta (30) días laborales, contados a partir de la fecha en que el certificador del programa HEAP recibe su solicitud debidamente rellena y firmada.

El lapso de tiempo para procesar las solicitudes no comenzará hasta que se abra el programa, si bien usted quizás haya recibido la solicitud antes de la fecha de apertura del programa como parte de nuestra campaña de información. Le sugerimos visitar el sitio web de OTDA <http://www.otda.ny.gov> o llame a la línea directa de ayuda de OTDA al 1-800-342-3009 para informarse sobre la fecha de apertura del programa.

Usted tiene el derecho de solicitar una conferencia y/o una audiencia imparcial, si ya transcurrieron más de treinta (30) días laborales desde la fecha que el certificador del programa HEAP recibió su solicitud debidamente rellena y firmada (o ya transcurrieron más de treinta días laborales desde la fecha de apertura del programa si el certificador recibió su solicitud antes de la fecha de apertura del programa y a usted todavía no se le ha notificado de la decisión tomada).

Si desea solicitar una conferencia, hágalo lo más pronto posible. Si en la conferencia nos percatamos que nuestra decisión es incorrecta; o si según los datos que usted nos brinde, decidimos modificar la decisión tomada, tomaremos la medida correctiva.

Si desea solicitar una conferencia, sírvase llamar al departamento local de servicios sociales indicado arriba. Este proceso es solamente para solicitar una conferencia. No es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si solicita una conferencia o sostiene una, siempre tendrá derecho a una audiencia imparcial.

Usted puede solicitar una audiencia imparcial ante la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*), ya sea:

Llamando gratis al:

1-800-342-3334

O mandando una carta a la siguiente dirección:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings

P.O. Box 1930

Albany, NY 12201-1930

Si solicita una audiencia imparcial, el Estado de Nueva York le enviará una notificación informándole dónde y cuándo se llevará a cabo la audiencia. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo(a) u otra persona, o de representarse así mismo(a). En la audiencia, su abogado o representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué no se debe tomar la medida, como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca en la audiencia. Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que avalen su caso. Le sugerimos traer consigo a la audiencia toda documentación que le ayude a apoyar su caso.

Si necesita asesoría legal gratuita, puede obtenerla llamando al número local de la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal. Puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal en las Páginas Amarillas del directorio telefónico, bajo «Lawyers» (abogados).

Usted tiene el derecho de examinar el archivo de su caso. Si usted lo solicita, usted tiene el derecho a que se le den copias gratis de los documentos probatorios que presentará el departamento local de servicios sociales en la audiencia imparcial. Además, si usted lo solicita, usted tiene derecho a que se le suministren copias gratis de otros documentos contenidos en el archivo de su caso y que usted considere necesarios para la audiencia. Si desea solicitar dichos documentos o averiguar la modalidad a seguir para examinar su caso, comuníquese con el departamento local de servicios sociales indicado arriba.

Si necesita alguien que hable español, comuníquese con la línea directa de NYS OTDA al 1-800-342-3009.

Programa de línea telefónica Lifeline

Si usted reúne los requisitos del programa HEAP, también reúne los requisitos para recibir un descuento de servicio telefónico local del programa conocido como *Lifeline*. Puede recibir servicio local básico por un monto bajo de hasta \$1 al mes, más el costo por llamada individual e impuestos. Revelaremos su nombre a la compañía *Verizon* para que se le inscriba automáticamente en *Lifeline*, a no ser que usted marque la casilla en la solicitud indicando que no desea que se revelen esos datos. Además, puede comunicarse con su compañía de servicios telefónicos para que le manden una solicitud de *Lifeline* o para solicitar más información al respecto. El hacerlo no afecta de ninguna manera su habilitación para recibir el subsidio del programa HEAP ni el monto del mismo.

OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES USTED REÚNA LOS REQUISITOS

ASISTENCIA CON GASTOS DE CLIMATIZACIÓN

Además, usted puede recibir asistencia con cuestiones de climatización. Puede encontrar una lista de contactos en: <http://nysdhcr.gov/Programs/WeatherizationAssistance/>. Su firma en la solicitud de HEAP nos permitirá remitirlo al programa de asistencia con cuestiones de climatización.

PROGRAMA DE SERVICIOS PÚBLICOS PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS

Además, podrá inscribirse en el programa de su compañía de servicios públicos para personas de bajos ingresos. Su firma en la solicitud de HEAP nos permitirá remitirlo en su nombre a su compañía de servicios públicos.

MyBenefits

Puede obtener información adicional sobre HEAP y otros programas de servicios humanos en MyBenefits. También puede usar la herramienta de preselección para HEAP y para otros programas. Si desea más información ingrese al sitio web <https://www.mybenefits.ny.gov>

DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE

DOMICILIO (donde usted vive actualmente)	
Recibo actual de alquiler con nombre y domicilio de inquilino y arrendador o contrato de arrendamiento con nombre y domicilio	Factura de servicios públicos Libreta de pagos de hipoteca / recibos con domicilio Póliza de seguro de vivienda propia
Factura de agua, aguas negras o impuestos Título de propiedad	
IDENTIDAD	
Debe suministrar uno o más de los siguientes comprobantes por cada miembro del grupo familiar:	
Partida de nacimiento	Tarjeta de Seguro Social
Fe de bautismo	Licencia de conductor
Registros escolares	Certificado de matrimonio
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
Debe suministrar un número válido de seguro social por cada miembro del grupo familiar. Si un número de seguro social no se puede verificar con la Administración del Seguro Social, se le exigirá suministrar comprobante de ese número de seguro social. Los siguientes comprobantes pueden validar un número de seguro social: tarjeta de seguro social o correspondencia oficial de la Administración del Seguro Social.	
VULNERABILIDAD	
Deberá suministrar uno de los siguientes comprobantes por cada miembro vulnerable del grupo familiar (todo niño menor de 6 años de edad; adultos mayores de 60 años de edad o toda persona con una incapacidad):	
Partida de nacimiento	Pasaporte
Copia de cheque de beneficios	Licencia de conductor
Fe de bautismo con fecha de nacimiento	Constancia por escrito de habilitación para recibir beneficios
Carta de aprobación de adjudicación de beneficios	
FACTURAS DE CALEFACCIÓN	
Si paga facturas de combustible o de servicios públicos, traiga consigo la factura más reciente de servicios públicos o de combustible o un estado de cuenta del suministrador de servicios. Si usted no paga las facturas de calefacción, traiga un recibo reciente de alquiler con nombre y domicilio del inquilino y arrendador; contrato de arrendamiento con nombre y domicilio; o una carta del arrendador donde hace constar que la calefacción está incluida en el alquiler.	
INGRESOS	COPIA MÁS RECIENTE DEL CHEQUE O DE LA CARTA DE ADJUDICACIÓN DE BENEFICIOS
Talones de pagos salariales de las últimas cuatro (4) semanas	Seguro Social / Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
Si trabaja de su propia cuenta, registros más recientes del negocio	Beneficios de Veterano
Tres (3) meses o la declaración federal de impuestos más reciente del año en curso, inclusive los anexos pertinentes o del año anterior si todavía no ha hecho una declaración de impuestos del año en curso.	Pensiones
Recibos de ingresos por alquiler de los últimos 12 meses	Indemnización laboral / Incapacidad
Cheques de sustento de menores o pensión conyugal	Verificación del monto de beneficio de seguro por desempleo
Libreta bancaria / dividendos o estados de cuentas de intereses	Asignaciones y préstamos educativos
Carta del inquilino / pensionista	
RECURSOS (solamente para las solicitudes de beneficios de emergencia)	
Saldo de cuentas corrientes y de ahorros	Cuentas IRA
Acciones / bonos	Suma global por venta de bienes o indemnización
Certificados de depósitos	única de un seguro

Las solicitudes de subvenciones para reparaciones o reemplazo de equipo de calefacción deberán presentar documentación adicional. Si usted está solicitando una de esas subvenciones, le daremos una lista por separado de la documentación que necesita suministrar.

Formulario de registro de votantes en una agencia del estado de NY



"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar el registro para votar aquí hoy?"

- SÍ** (Si contesta que Sí, llene la SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE en la parte inferior de esta página)
- NO porque opté por no registrarme O
- Ya estoy registrado para votar en mi domicilio actual O
- Solicité y recibí un formulario de registro por correo.

En caso de que no marque ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

(Firma)

(Fecha)

(Escriba el nombre en letra de molde)

¡Importante!

Solicitar el registro o negarse al registro para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará la agencia.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud de registro como votante, lo ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料：如果你有興趣索取本中文資料表格，請電 1 - 800 - 367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화하십시오.

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

NVRA-05 (01/2011)

Sí, necesito una solicitud para recibir una Boleta de votación por correo **Llene en letra de molde con tinta azul o negra** Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE.UU.?		2	¿Tendrá 18 años cumplidos el día de la elección?		Uso exclusivo de la Junta electoral
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si respondió NO, no llene este formulario.		Si respondió NO, no llene este formulario a menos que vaya a tener 18 años cumplidos a fin de año .				
3	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo		
4	Domicilio particular donde vive (no informe un P.O. Box)		Apt. N.º	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal	Condado
5	Domicilio donde recibe el correo (si es diferente del anterior)		P.O. Box, star route, etc	Oficina de correo	Código postal	
6	Fecha de nacimiento	7	Sexo (círculo) M F	8	Teléfono particular (optativo)	
10	El año en que votó por última vez	Su domicilio era (informe el número de casa, la calle y la ciudad)			9	Número de ID: Marque la casilla que corresponda y escriba su número: <input type="checkbox"/> Número de DMV del estado de Nueva York _ _ _ _
	En el condado/estado	Bajo el nombre (si es diferente de su nombre actual)				<input type="checkbox"/> Si no tiene un número de DMV del estado de Nueva York, informe : <input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social _ _ _ _ <input type="checkbox"/> No tengo licencia de conductor de Nueva York
11	Elija un partido --Marque únicamente una casilla			12	DECLARACIÓN JURADA: Juro o declaro que	
	<input type="checkbox"/> Partido Demócrata <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido de las Familias Trabajadoras <input type="checkbox"/> Partido de la Independencia <input type="checkbox"/> Partido Verde <input type="checkbox"/> Otros (completar) _____ <input type="checkbox"/> No deseo afiliarme a ningún partido				<ul style="list-style-type: none"> • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré residido en el condado, ciudad o aldea por un mínimo de 30 días antes de las elecciones. • Reúno todos los requisitos para registrarme como votante en el Estado de Nueva York. • La firma o marca a continuación es de mi puño y letra. • La información que he ofrecido es verdadera. Entiendo que de no serlo, se me puede condenar y multar por hasta \$5,000 y/o encarcelar por un máximo de cuatro años. 	
				→ _____		
				(Firma o marca en tinta)		(Fecha)

(Optativo) Inscríbase para donar sus órganos o tejidos.

Apellido _____
 Nombre _____
 Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____
 Domicilio _____
 Apt N.º _____ Código postal _____
 Ciudad _____
 Fecha de nacimiento _____ Sexo M F
 Color de ojos _____ Estatura _____ pies _____ pulg

Con su firma a continuación, usted certifica que:

- Tiene 18 años o más;
- Presta su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- Autoriza a la Junta Electoral a entregar su nombre e información identificatoria al DOH para inscribirse en el Registr;
- y autoriza al DOH a permitir el acceso a esta información a organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a bancos de tejidos y ojos con licencia del Estado de Nueva York y hospitales en caso de que usted fallezca



Firma

Fecha

Calificaciones para la inscripción

Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre y/o domicilio, si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación.

Para inscribirse, debe:

- ser ciudadano de los EE.UU.;
- tener 18 años al 31 de diciembre del año en el que presente este formulario (Nota: debe tener 18 años en la fecha de las elecciones generales, primarias o de otro tipo en las que desee votar);
- ser residente del condado, o de la ciudad de Nueva York, al menos 30 días antes de la elección;
- no estar en la cárcel ni en libertad condicional (parole) por haber cometido un delito grave; y
- no tener derecho a votar en otro lugar.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, con su derecho a decidir si inscribirse o a presentar la solicitud de inscripción para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede reclamar ante:

New York State Board of Elections, 40 Steuben Street,
Albany, New York 12207-2109
Teléfono: 1-800-469-6872;

Los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema retransmisor del estado de Nueva York o visitar nuestro sitio web:
www.elections.state.ny.us

Su decisión de inscribirse será confidencial y sólo se utilizará para inscribirlo como votante. Los que decidan no inscribirse para votarse y/o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales, y se utilizarán exclusivamente a los fines de la inscripción como votante.

Verificación de su identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número de **DMV (número de la licencia de conductor o número de ID de no conductor)**, o mediante **los cuatro últimos dígitos del número de su seguro social**, que usted escribirá en la casilla 9.

Si **no tiene número de DMV o de Seguro Social**, debe usar una identificación con foto válida, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancario, su cheque de sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y domicilio. Con este formulario puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

Para completar el formulario:

Es delito procurar un registro falso o brindar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: Debe marcar una opción. Si tiene alguna duda, consulte *Verificación de su identidad* más arriba .

Casilla 10: Si nunca antes votó, escriba "Ninguna". Si no puede recordar cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación (?). Si votó con un nombre diferente, anote ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

Casilla 11: Marque únicamente una casilla. Para votar en una elección primaria, debe estar afiliado en uno de los partidos que se enumeran; excepto por el Partido de la Independencia, que permite que votantes no afiliados participen en ciertas elecciones primarias.
