

# NOTICE ON THE USE OF SOCIAL SECURITY NUMBERS

(This is not an application)

If members of your family or household want to receive Food Assistance, Medicaid, Special Assistance or Work First Family Assistance benefits, they must provide Social Security Numbers. Only those who provide or apply for a SSN will receive benefits if otherwise eligible. Applications for Food Stamps and Work First Family Assistance benefits will not be delayed or denied if an individual in your family or household does not provide his or her Social Security Number. These family or household members may be required to answer other questions on the application related to the family's financial circumstances. This notice only applies to social security numbers.

- Any individual in your household who wants to receive assistance must furnish all social security numbers he has and uses. If he does not have one, he must apply for one. We can help him do this.
- If an individual refuses to provide his social security number, he is ineligible for assistance for himself.
- If an individual in your family or household does not wish to receive benefits, he DOES NOT have to give his social security number. If he chooses to provide his social security number, it is strictly voluntary.

## HOW WILL MY SOCIAL SECURITY NUMBER BE USED?

Social security numbers are used in matching information with the following agencies:

- Social Security Administration (SSA),
- Internal Revenue Services (IRS),
- Employment Security Commission (ESC),
- Department of Transportation (DOT),
- Out-of-state welfare and ESC agencies, and
- Any other agencies, when applicable.

We will only use social security numbers to verify income and resources.

I have read and understand the statements on this form. By signing this, I agree to allow system matches on the social security numbers I provide.

**Applicant's/Representative's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Verification Worker's/Caseworker's Signature:** \_\_\_\_\_

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGIA PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS

**USO DE LA AGENCIA**

Fecha:

Departamento de Servicios Sociales del Condado \_\_\_\_\_

## Como hacer su solicitud para el Programa LIEAP (Asistencia de Energía para Personas de Bajos Recursos)

Complete la solicitud y envíela al Departamento de Servicios Sociales del Condado donde vive. La solicitud puede ser enviada por correo, por fax, o entregada en persona.

La agencia revisará su solicitud y:

- Le enviará una forma solicitando la información necesaria para completar su solicitud o
- Le enviará una carta diciéndole si califica para el programa y la cantidad para la cual califica.
- La elegibilidad está basada en la disponibilidad de fondos, criterios de elegibilidad, tener recursos de \$2,250 o menos y tener bajos ingresos. Puede ver más información de este programa en <https://www.ncdhhs.gov/assistance/low-income-services/low-income-energy-assistance>

Contacte a su Departamento de Servicios Sociales o al Centro de Llamadas EBT al 1-866-719-0141 si tiene preguntas o necesita asistencia.

## Información de Contacto

Escriba su nombre y dirección. Si es posible proporcione un número de teléfono o mensaje para que le podamos contactar en caso de que haya preguntas. Esto ayudará a evitar demoras en el procesamiento de su solicitud. **USE TINTA AZUL O NEGRA.**

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

Primer Nombre      Inicial segundo nombre      Apellido      Sufijo Jr/Sr etc.

Dirección Física \_\_\_\_\_

Ciudad      Estado      Código Postal      Teléfono

Dirección Postal \_\_\_\_\_

(Si es diferente de la dirección física) Ciudad      Estado      Código Postal      Teléfono

## Miembros del Grupo Familiar

Liste a cada persona viviendo en su Grupo Familiar, empezando con usted. Complete cada espacio para cada miembro de su familia. Si hay más personas que deben ser listadas y no tiene suficiente espacio incluya la información en otra hoja. Debe incluir los números completos de Seguro Social (si los tiene disponibles), la fecha de nacimiento incluyendo mes, día y año de los miembros de su Grupo Familiar.

Miembro del Grupo Familiar	Número de Seguro Social	Nació (Fecha)	Parentesco con usted	Sexo M/F	*Raza (Opcional)	Etnicidad Hispano o Latino (Opcional) SI/NO	US Ciudadano o Extranjero Elegible SI/NO	Discapacidad SI/NO
			YO					

\*Raza: Escriba arriba el número que se aplique a su raza: 1 – Nativo Americano/Alaska, 2 – Asiático, 3 – Afroamericano/Black, 4 – Isleño del Hawái o del Pacífico, 5 – Blanco/Caucasian y 6 – Sin reportar

Marque lo que se aplique. Hay alguien en su Grupo Familiar que:

- Sea anciano (Mayor de 60)     Reciba beneficios por discapacidad a través de la División de Servicios para Ancianos o Adultos

## Información de su Servicio de Calefacción

Denos información acerca de sus pagos más recientes por combustibles o energía usada para su servicio de calefacción primario y su gasto de electricidad aun si no es su fuente primaria de calefacción.

¿Ha vivido en esta dirección por al menos doce (12) meses?     SI     No

¿El servicio de electricidad o combustible de calefacción está a su nombre?     SI     No

**¿Cuál es la fuente primaria de energía para calentar su casa?**

Gas Natural    Gas Propano    Electricidad    Leña    Aceite combustible    Kerosene    Carbón

Compañía Primaria: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

**Proporcione la información de su compañía eléctrica si no la escribió arriba**

Compañía de Servicio Eléctrico: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

**Ingresos**

- Complete la sección de abajo para mostrar todos los ingresos brutos (ganados o que alguien le dio) de todas las personas en su Grupo Familiar. Los ingresos pueden ser de cualquier fuente o de varias fuentes. (El ingreso bruto es el ingreso recibido **antes** de impuestos u otras deducciones). **Esto incluye cualquier ingreso que haya recibido en los últimos 30 días.**
- Envié copias donde se muestre el ingreso bruto recibido por cualquier persona **durante el último mes**, tal como talones de pago, carta de la fuente de ingresos, etc.

**Ingreso Ganado** incluye: salarios de todos los empleos. Ingresos por trabajo por cuenta propia (self-employment), propinas, pagos por servicios. Otros pagos son Pago de las fuerzas armadas (con pago de impuestos), avances de pagos de bonos, ingresos por trabajos en College, pagos por longevidad, ingresos por trabajos por cuenta propia, beneficios por entrenamiento en el empleo, ingresos por rentas, indemnización, ingresos como resultado de una decisión de la corte en asuntos relacionados con la producción de Tabaco, ingresos de veteranos (VA), ingresos por servicios de cuidado, sueldos y propinas sobre los salarios.

- **Ingreso no Ganado incluye:** Seguro Social, SSI (Seguro Social Suplementario), TANF (Asistencia Temporal a Familias Necesitadas), Pagos por Adopción, Pagos por Cuidado Foster, Pagos de Mantenimiento a esposa o esposo (Alimony), Pagos de Mantenimiento Infantil, Compensación de Desempleo, Beneficios de Veteranos, Pensiones, Retiro de Ferrocarrilero, Pagos Militares, Anualidades, Beneficios de Retiro por Causa de Pulmones Cafés/Negros, Seguro de Desempleo, Ingresos de Patrocinador para Extranjero, Regalos de dinero en efectivo, Pagos por Discapacidad, Dividendos, Asistencia Educativa, Ingresos a Miembros de la Tribu Cherokee, Herencia, Ingreso por Seguros, Intereses, Pagos de NAFTA o TRA, Pensiones.

Miembro del Grupo Familiar	Fuentes de Ingresos	¿Cada cuando se recibe?	Ingreso/Pago Bruto en mes pasado	¿Continúa empleado?
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

¿Alguien tuvo ingresos en mes pasado por trabajos por su cuenta (self-employment)?  SI    NO

**Si respondió SI, envíe una copia de la forma 1040 más reciente de impuestos por cada persona que trabaja por cuenta propia (self-employed).**

**Cuentas de Cheque, Ahorros y otras**

Liste los recursos que tiene y las cantidades.

Propietario	Tipo	Cantidad	Propietario	Tipo	Cantidad
	Cuenta de Cheques individual o conjunta	\$		Cuentas de Ahorros individual o conjunta	\$
	Certificados de Depósito, Anualidades y Dinero de Mercados CDs, Annuities, and/or Money Markets	\$		Acciones, Fondos Mutuos y Certificados de Ahorros. Stocks/Bonds and Mutual Fund Shares and Savings Certificates	\$
	Efectivo (Cash on Hand)	\$		Fondos Revocables de Inversion	\$
	Balance de Después de los Pagos. Remaining Balance of Lump Sum Payments	\$		Equity en propiedades que no son usadas como casa o productoras de ingresos	\$
	Ingresos netos de negocios, incluyendo granjas. Net proceeds from a business, including a farm, which has been discounted	\$		Fondos en cuentas de retiro: 401K, Retiro de NC, IRA, y Planes Keogh	\$

Registrarse para votar es fácil en Carolina del Norte. La ley estatal requiere que los votantes se registren 25 días antes de la elección. El DSS puede ayudarle a registrarse. Si desea registrarse pida a su trabajador del caso que le proporcione la forma de registro y si necesita ayuda para llenar la forma dígaselo. **El que se registre para votar o no, no afecta la cantidad de asistencia que le proporcionará la agencia.** Si necesita ayuda para llenar la forma le podemos ayudar, la decisión es de usted. También puede llenar la forma de registro en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho para registrarse o no para votar, o en su derecho de para decidir si registrarse o no, o en su derecho para seleccionar su partido político o cualquier preferencia política, puede presentar su queja con la Junta Bipartidista de Elecciones y Ética de Carolina del Norte. Si necesita ayuda para registrarse también puede llamar a la Junta Bipartidista de Elecciones y Ética de Carolina del Norte, llamando al 1-866-522-4723.

Si usted no se ha registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿Desea registrarse hoy?  SI  NO

**SI NO MARCO NINGUNA CASILLA SE CONSIDERA QUE NO DESEA REGISTRARSE AHORA.**

**DERECHOS CIVILES**

Ninguna persona en los Estados Unidos sobre las bases de raza, color, nación de origen, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas, o religión será excluido en la participación, negación de beneficios, o de cualquier otra manera ser sujeto a discriminación bajo este programa.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

Entiendo que es contra la ley el dar declaraciones falsas y que estaré sujeto a persecución si lo hago. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y completa de acuerdo a mi mejor conocimiento y creencia. Doy a la agencia permiso para verificar cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa de Intervención de Crisis y el Programa Vecino y Energía. Entiendo que la información en esta forma será revisada por personal estatal y federal, y estoy de acuerdo con la revisión.

**Doy autorización a mi Compañía de Servicios Públicos para proporcionar la información de mi uso de energía y cuentas de pago por doce meses a las agencia relacionadas con el Programa LIEAP**

**Entiendo que la Compañía de Servicios Públicos que proporcione la información al Programa LIEAP no será considerada responsable por proporcionar esta información al programa para propósitos tales como referencia, investigación, evaluaciones y/o análisis.**

\_\_\_\_\_  
\*Firma del Solicitante/Signature Applicant

\_\_\_\_\_  
Testigo/Witness

\_\_\_\_\_  
Fecha/Date

**\*Si el solicitante no sabe firmar su nombre, debe firmar con una "X" en presencia de un testigo. El testigo debe firmar en el espacio indicado.**

\_\_\_\_\_  
Representante Autorizado/Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador/Worker Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha/Date

**Application is filled out, signed and dated**

**Para Uso de la Agencia Solamente / Agency Use Only**

Document actions completed and the services which were provided to meet the needs of the family, including referrals to other agencies.

**Aprobado/Approved**

**Negado/Denied**

Vendor: \_\_\_\_\_  
Payment Amount: \$ \_\_\_\_\_

DSS-8185 Date Sent \_\_\_\_\_  
DSS-8107 Date Sent \_\_\_\_\_  
Reason: \_\_\_\_\_

Energy Provider Agreement DSS-8163 on file?  Yes  No

Referral to other resources:  CIP  Weatherization  Other

DSS-8185 Date Sent \_\_\_\_\_  
DSS-8107 Date Sent \_\_\_\_\_  
Reason: \_\_\_\_\_

# SOLICITUD PARA PROGRAMAS DE AYUDA PARA ENERGIA

- Programa de Intervención en Crisis
- Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos
- Programa Vecino (Energy Neighbor)
- Compartiendo el Calor
- Ayudando a Cada Miembro (Helping Each Member Cope)
- Programa Electrico de Wake (Wake Electric Round Up)

Departamento de Servicios Sociales del Condado de \_\_\_\_\_ Caso del Condado No. \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_  
Nombre                      Inicial del segundo nombre                      Apellido                      Jr/Sr etc.

Dirección del Domicilio \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Calle, Casilla Postal (Box) o Dirección Rural \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código Postal

Miembros del Hogar	SS #	Fecha de nacimiento:	Relación o parentesco	Raza/Género	Ciudadano de EE.UU. o Extranjero Elegible
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Hay alguien en su hogar quien es (encierre en un círculo todas las opciones que aplican):

**Adulto mayor (60<sup>+</sup>)                      Deshabilitado                      Deshabilitado – Recibiendo servicios de DAAS**

Documente las declaraciones del solicitante con relación a la situación de crisis (CIP) y liste la fuente primaria de calefacción para el Programa LIEAP. \_\_\_\_\_

Vendedor: \_\_\_\_\_                      Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Miembro HH	Fuente de Ingresos	Monto de ingresos	Recursos

¿Reúne requisitos para recibir beneficios?  Sí  No (Llene la hoja de ingresos)

**DERECHOS CIVILES**

Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color, origen nacional, edad, género, discapacidad, impedimento, creencias políticas o religión, será excluido de participar en, se le negará los beneficios de, o será de cualquier otra manera sujeto de discriminación según las disposiciones de este programa.

Entiendo que es ilegal que yo haga declaraciones falsas y que me expongo a enjuiciamiento si lo hago. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y una declaración completa de los hechos de acuerdo a mi mejor saber y entender. Otorgo permiso a la agencia para que verifique toda información necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir beneficios del Programa de Intervención en Crisis/Programa "Energy Neighbor". Entiendo que la información en este formulario puede ser verificada por autoridades estatales o federales y estoy de acuerdo con dicha revisión.

_____	_____	_____
*Firma del Solicitante	Firma del Testigo	Fecha
_____	_____	_____
Firma del Trabajador del Caso	Representante Autorizado	Fecha

\*Si el solicitante no sabe firmar, debe escribir una "X" en la línea de firma en presencia de un testigo. El testigo debe firmar arriba en el lugar que se indica.

Documente los servicios que fueron prestados para satisfacer las necesidades de la familia, incluyendo referencias a otras agencias.

<p><b>Aprobado</b></p> <p>Vendedor _____</p> <p>Cantidad del Pago \$ _____</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DSS-8163 ¿archivada?</p> <p>DSS-_____ Fecha de envío _____</p> <p>Razón _____</p> <p>Referencia a otras agencias _____</p>	<p>¿El solicitante ha solicitado o recibido ayuda previamente de parte del Programa CIP o Energy Neighbor en este año?</p>
<p><b>Negado</b></p> <p>Razón: _____</p> <p>_____</p> <p>DSS-_____ Fecha de envío: _____ Referencia a otras agencias _____</p>	