

Solicitud del Programa de Asistencia de Energía del Hogar por Bajos Ingresos (LIHEAP)

Para uso exclusivo de la Agencia (Agency Use Only)

Fecha de recepción de la solicitud:

Fecha en la que se completa la solicitud:

Tipo de asistencia que solicita:

Asistencia de energía Asistencia de crisis

¿Recibió asistencia conforme al programa LIHEAP desde el **1.º de octubre de 2022** a través de cualquier agencia LIHEAP de TN?

Sí No

En caso afirmativo, ¿qué agencia le proporcionó asistencia? _____

Información del hogar

Dirección principal	Ciudad o pueblo	Estado	Código postal	Condado
---------------------	-----------------	--------	---------------	---------

Información del jefe del hogar

Primer nombre	Inicial	Apellido
---------------	---------	----------

Complete hojas de información individual para cada miembro del hogar, incluyendo al jefe del hogar.

Teléfono principal	Teléfono secundario	Correo electrónico (opcional)
--------------------	---------------------	-------------------------------

Dirección postal (si es diferente de la anterior)	Ciudad o pueblo	Estado	Código postal	Condado
---	-----------------	--------	---------------	---------

Detalles de la familia

Tipo de familia: Única persona Madre soltera Padre soltero Adulto(s) con niño(s)

Adultos) sin niño Otro _____

Tipo de hogar: Propio Alquilado Sección 8 Vivienda pública

¿Tiene un certificado médico firmado que indica que alguien en su hogar necesita equipo de soporte vital? Sí No

Documentación que necesitará cuando presente esta solicitud:

1. La solicitud con toda la información
2. Identificación emitida por el gobierno del jefe del hogar
3. Un registro de miembro del hogar por cada miembro del hogar, incluyendo al jefe del hogar
4. Una hoja de detalles de ingresos por cada miembro del hogar mayor de 18 años de edad
5. Verificación de Número del Seguro Social de todas las personas en el hogar. *Se denegará la asistencia si un solicitante se niega a presentar los números del seguro social y la verificación de todos los miembros del hogar*
6. Documentación sobre ingresos (recibos de sueldo, etc.)
7. Documentación sobre el consumo de energía anual

Hoja del miembro del hogar

Solicitud de Asistencia LIHEAP

Nombre del jefe del hogar: _____

Hoja de información del miembro del hogar (utilice hojas adicionales si es necesario)

Nota: Se denegará la asistencia si un solicitante se niega a presentar los Números del Seguro Social y la verificación de todos los miembros del hogar.

Cantidad de miembros en el hogar: _____

Primer nombre	Inicial	Apellido
Género	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social

Relación con el hogar: Jefe del hogar Cónyuge Hijo Niño en adopción temporal Nieto Hijo adulto
 Padre/madre Abuelo/a Otra relación Sin relación

Raza (seleccione una): Blanco Negro/afroamericano Asiático Indio americano/nativo de Alaska
 Nativo de Hawái/otro Islas del Pacífico Multirracial Otra _____

¿Hispano/latino? Sí No

Ciudadanía: Nacido en EE.UU./naturalizado Residente legal que califica Rediente legal que no califica Residente indocumentado

Empleo (si es mayor de 18 años): Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado Busca trabajo Desempleado
(seleccione una) No disponible Otro _____ No corresponde

¿Tiene seguro médico? Sí No

Educación (si es mayor de 18 años): 0-octavo grado Noveno-doceavo grado Graduado secundaria/GED
 No es graduado de secundaria/GED Más de doceavo grado y algo de educación postsecundaria
 Graduado universitario 2 o 4 años Graduado universitario 4 años

Discapacidad: Sí No *En caso afirmativo, si necesita asistencia para completar esta solicitud o participar adecuadamente en el programa, informe inmediatamente al empleado de la agencia para poder brindarle asistencia.*

Veterano o miembro activo de las FF.AA.: Sí No

Primer nombre	Inicial	Apellido
Género	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social

Relación con el hogar: Jefe del hogar Cónyuge Hijo Niño en adopción temporal Nieto Hijo adulto
 Padre/madre Abuelo/a Otra relación Sin relación

Raza (seleccione una): Blanco Negro/afroamericano Asiático Indio americano/nativo de Alaska
 Nativo de Hawái/otro Islas del Pacífico Multirracial Otra _____

¿Hispano/latino? Sí No

Ciudadanía: Nacido en EE.UU./naturalizado Residente legal que califica Rediente legal que no califica Residente indocumentado

Empleo (si es mayor de 18 años): Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado Busca trabajo Desempleado
(seleccione una) No disponible Otro _____ No corresponde

¿Tiene seguro médico? Sí No

Educación (si es mayor de 18 años): 0-octavo grado Noveno-doceavo grado Graduado secundaria/GED
 No es graduado de secundaria/GED Más de doceavo grado y algo de educación postsecundaria
 Graduado universitario 2 o 4 años Graduado universitario 4 años

Discapacidad: Sí No *En caso afirmativo, si necesita asistencia para completar esta solicitud o participar adecuadamente en el programa, informe inmediatamente al empleado de la agencia para poder brindarle asistencia.*

Veterano o miembro activo de las FF.AA.: Sí No

--Adjunte hoja(s) de detalles de ingresos para cada miembro del hogar mayor de 18 años--

Nombre del jefe del hogar: _____

Nombre del miembro del hogar: _____

Hoja de Detalles de Ingresos (adjunte una hoja por miembro del hogar, más de una si es necesario)

Nota: Debe informar sobre todas las fuentes de ingresos, a excepción de los ingresos de empleo de los miembros del hogar menores de 18 años

Ingresos: ¿Este ingreso es actual? Sí NoTipo de ingresos: Pensión alimenticia/manutención de menores Pensión Salario/sueldo Seguro Social SSDI SSI
 TANF/AFDC Desempleo Sin ingresosPeríodo de ingresos: Semanal Bisemanal Bimensual Mensual Trimestral Anual

Monto bruto por período de ingresos: _____

Tipo de documentación proporcionada: _____

Detalles del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Duración del empleo

Ingresos: ¿Este ingreso es actual? Sí NoTipo de ingresos: Pensión alimenticia/manutención de menores Pensión Salario/sueldo Seguro Social SSDI
 SSI TANF/AFDC Desempleo Sin ingresosPeríodo de ingresos: Semanal Bisemanal Bimensual Mensual Trimestral Anual

Monto bruto por período de ingresos: _____

Tipo de documentación proporcionada: _____

Detalles del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Duración del empleo

Ingresos: ¿Este ingreso es actual? Sí NoTipo de ingresos: Pensión alimenticia/manutención de menores Pensión Salario/sueldo Seguro Social SSDI
 SSI TANF/AFDC Desempleo Sin ingresosPeríodo de ingresos: Semanal Bisemanal Bimensual Mensual Trimestral Anual

Monto bruto por período de ingresos: _____

Tipo de documentación proporcionada: _____

Detalles del empleador

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Duración del empleo

--Adjunte más hojas según sea necesario para documentar los ingresos--

Nota: Debe informar sobre todas las fuentes de ingresos, a excepción de los ingresos de empleo de los miembros del hogar menores de 18 años

