



Solicitud para LIHEAP

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos

Si Ud. necesita este formulario en español, comuníquese con su trabajador(a)

ESTA SOLICITUD SOLO DEBE USARSE PARA EL PROGRAMA LIHEAP

Responda todas las preguntas del formulario. Debe firmar y poner la fecha en la última página de esta solicitud o no será válida. Si desea obtener otro tipo de asistencia que aún no recibe, comuníquese con su trabajador del caso y pida un formulario de solicitud HSD-100 o HSDSP-100.

1. Dirección

Escriba su dirección física actual y su dirección postal

Dirección física (la dirección de su hogar)	Ciudad	Estado	Código postal	Numero de teléfono de contacto ()
Dirección postal (si es diferente de la dirección física)	Ciudad	Estado	Código postal	

2. Usted y las personas que viven con usted

A. Indique los nombres y la información de usted y de todas las personas que viven con usted. Solo debe dar un número de Seguro Social y la información de ciudadanía para las personas que desean obtener o que obtendrán asistencia

Nombre (Nombre y apellido)	Relación	Número de Seguro Social	Género M = Masculino F = Femenino	Fecha de nacimiento	E d a d	Raza 1-5 (ver a continuación) (opcional)	Afiliación tribal	Etnia Hispana S/N (Opcional)	Ciudadanía/ Estado inmigratorio 1-23 (ver a continuación)	¿Es discapacitado?
	(Uno mismo)									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

RAZA: Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su raza y escriba los números más arriba.

- | | | | | | |
|---|--------------|---------------------------|---|------------|----------|
| 1 - Indígena americano nativo de Alaska | 2 - Asiático | 3 - Negro o afroamericano | 4 - Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico | 5 - Blanco | 6 - Otra |
|---|--------------|---------------------------|---|------------|----------|

Ciudadanía/Estado inmigratorio: Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su ciudadanía estadounidense o estado inmigratorio y **escriba los números más arriba.**

1 - Ciudadano estadounidense	2 - Residente legal permanente (LPR)	3 - Residente legal temporal (LTR)	4 - Asilado	5 - Refugiado	6 - Inmigrante cubano/haitiano
7 - Refugiado político en EE. UU.	8 - Inmigrante condicional aceptado antes de 1980	9 - Cónyuge, padre/madre o hijo golpeado	10 - Víctima de tráfico y cónyuge, hijo, hermano, padre/madre	11 - Persona con estado no de inmigrante (incluye a personas con visas y a ciudadanos de Micronesia, las islas Marshall y Palau)	12 - Solicitante o beneficiario de estado protegido temporal
13 - Partida obligatoria diferida	14 - Estado de acción diferido	15 - Beneficiario de retención de deportación o retención de remoción	16 - Solicitante de retención de deportación o retención de remoción	17 - Solicitante de estado de inmigrante especial con petición de visa aprobada	18 - Solicitante de ajuste de estado de LPR, con petición de visa aprobada
19 - Solicitante de asilo	20 - Solicitante de registro con documento de autorización de empleo (EAD)	21 - Orden de supervisión (con EAD)	22 - Solicitante de cancelación de remoción o suspensión de deportación (con EAD)	23 - Otro/no está seguro	

B. Si usted es indígena americano nativo, ¿vive en su Reserva? Sí No **Si contestó Sí, ¿en cuál?** _____

C. ¿Obtiene SNAP, Medicaid o asistencia en efectivo, como TANF, GA o SSI? Sí No

3. Ingresos

A. Marque todas las fuentes de ingresos (y beneficios/asistencia, si hubiera) para todos los miembros del hogar y adjunte una prueba de los ingresos de los últimos 30 días.

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo | <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Dividendos | <input type="checkbox"/> Compensación de veteranos | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de niños |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Institución militar | <input type="checkbox"/> Dinero tribal | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

B. Cuéntenos sobre los ingresos de cada persona que vive en su hogar:

Persona con ingreso	¿De dónde proviene el ingreso?	Monto en \$ (Antes de pagar impuestos)	¿Con qué frecuencia? Semanal, bisemanal, mensual, quincenal
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

4. Calefacción o refrigeración del hogar

A. ¿Qué paga por su hogar?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vivienda pública: alquiler de \$0 | <input type="checkbox"/> Vivienda pública: pago un alquiler | <input type="checkbox"/> Alquiler: no es una vivienda pública | <input type="checkbox"/> Propietario de la vivienda |
| <input type="checkbox"/> Vivo con otras personas: alquiler de \$0 | <input type="checkbox"/> Vivo con otras personas: pago un alquiler | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

B. Para qué necesita LIHEAP: Calefacción Refrigeración

C. Elija una cuenta energética de calefacción o refrigeración para la que necesite asistencia y adjunte una prueba del gasto.

- | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propano/Butano | <input type="checkbox"/> Gas natural | <input type="checkbox"/> Madera |
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Carbón | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

D. ¿Tiene una emergencia de energía? Sí No

Si contestó Sí, marque todos los puntos indicados a continuación que se apliquen a usted hoy.

- El sistema de horno/calderas/calefacción no funciona
- No tengo combustible (propano, madera, granulado, carbón, aceite)
- Me queda menos del 10 % de combustible (propano, madera, granulado, carbón, aceite)
- Necesito dinero para un depósito de combustible/servicio public
- Me desconectaron: el proveedor de combustible YA me cortó el servicio
- Aviso de desconexión: el proveedor de combustible NO me cortó el servicio, pero dijo que lo haría si no puedo pagar el servicio

E. ¿Esta emergencia de energía pone en peligro su vida? Sí No

F. ¿Recibe asistencia subsidiada para esta cuenta de energía? Sí No

G. ¿Paga esta cuenta de energía como parte del pago de su alquiler? Sí No

H. ¿Cómo se llama la compañía de energía, el proveedor de combustible o el locador al que le paga? _____

I. Si esta cuenta de energía no está a su nombre, ¿cuál es el nombre del cliente que aparece en la cuenta? _____

J. ¿Cuál es el número de cuenta? _____

K. ¿De cuánto fue la cuenta mensual más alta que pagó en los últimos 12 meses? \$ _____

****Proporcione una copia de su cuenta o recibos de combustible. El HSD le enviará el pago a su proveedor de combustible para calefacción o refrigeración a menos que este no acepte pagos del LIHEAP.**

5. Uso de la calefacción del hogar principal *Debe completar esta parte para obtener LIHEAP.

A. ¿Cuál es su fuente de calefacción primaria? (Este es el combustible que se usa para hacer funcionar las fuentes de calefacción primarias para el hogar). Seleccione una opción:

- Igual que arriba en la sección 4
(Si marca esta opción, omita las secciones 5E-5H)
- Gas natural Madera Electricidad Propano/Butano
 Carbón Otra _____

B. Si no usa ninguna otra energía además de la que necesita asistencia de LIHEAP, marque esta casilla:

- Explique la razón: Indigente Área rural Servicios públicos no disponibles Otra _____

C. ¿Comparte este medidor con otra vivienda? Sí No

D. ¿Esta cuenta es de uso comercial? Sí No

E. ¿Cómo se llama la compañía de energía, el proveedor de combustible o el locador al que le paga? _____

F. Si esta cuenta de energía no está a su nombre, ¿cuál es el nombre del cliente que aparece en la cuenta? _____

G. ¿Cuál es el número de cuenta? _____

H. ¿Cuánto paga de combustible cada año? \$ _____

6. Información sobre electricidad

**A. ¿Tiene una cuenta de electricidad? Sí No Si contestó No, ¿por qué? Indigents Área rural
 Servicios públicos no disponibles Otra _____**

Si contestó sí, complete la sección a continuación.

Si la fuente de calefacción en la sección 5 es Electricidad o si seleccionó "NO" antes, NO complete la sección a continuación:

B. ¿Comparte este medidor con otra vivienda? Sí No

C. ¿Esta cuenta es de uso comercial? Sí No

D. ¿Cómo se llama la compañía de energía, el proveedor de combustible o el locador al que le paga? _____

E. Si esta cuenta de energía no está a su nombre, ¿cuál es el nombre del cliente que aparece en la cuenta? _____

F. ¿Cuál es el número de cuenta? _____

G. ¿Cuánto paga de combustible cada año? \$ _____

7. Asistencia telefónica

Si puede obtener LIHEAP, es posible que también pueda pagar menos (recibir un descuento) por el teléfono de una compañía telefónica. No todas las compañías telefónicas ofrecen este descuento. Para obtener más detalles, comuníquese con su compañía telefónica.

8. Su firma

Debe firmar este formulario para que esta solicitud tenga validez. No se procesará su solicitud a menos que esté firmada

- He proporcionado información verdadera, correcta y completa al HSD
- Comprendo que hacer declaraciones falsas u ocultar información podría implicar multas estatales y federales, y negación de asistencia
- Proporcionaré pruebas de las cosas que informo al HSD. Si no puedo obtener pruebas, sé que puedo pedirle ayuda al HSD y permitiré que el HSD se comunique con otras personas y compañías para obtener pruebas
- Dejaré que el HSD brinde información limitada a las agencias aprobadas que prestan ayuda relacionada con los servicios de energía y climatización para los que soy elegible
- Dejaré que el HSD brinde información limitada a mis proveedores de servicios de calefacción, refrigeración y teléfono con el fin de proporcionar beneficios federales y estatales
- Comprendo que si recibo beneficios para los que no soy elegible, podría tener que devolver dichos beneficios al HSD
- Sé que el HSD revisará la información que proporcioné. El HSD podría usar computadoras para revisar la información en este formulario
- Entiendo que al proporcionar los números de cuenta para los proveedores de energía de mi familia estoy autorizando a los proveedores de energía a que proporcionen detalles sobre la cuenta y el uso de energía al HSD para fines de elegibilidad y determinación de esta y otras solicitudes futuras, determinación de beneficios, y evaluación y análisis de programas
- Entiendo que al proporcionar la información de la solicitud autorizo al HSD y a sus agentes autorizados a que compartan e informen los datos proporcionados frente a bases de datos o registros federales, estatales, de condados, de proveedores de energía, de empleadores y de locadores
- Entiendo que si soy elegible para beneficios de asistencia de energía, es posible que me deriven a otros programas de energía residencial
- Entiendo que la información que se recopila en este formulario se puede divulgar a programas de energía que operan de acuerdo con el HSD. El HSD puede compartir y usar información recopilada con fines de derivación, investigación, evaluación y análisis
- Entiendo que mis compañías de servicios públicos no controlarán los datos divulgados según este consentimiento y no serán responsables del monitoreo o de tomar medidas para garantizar que el HSD mantenga la confidencialidad de los datos o use los datos según se ha autorizado

Acepto, bajo pena de perjurio, que las declaraciones realizadas sobre las personas en mi hogar, los ingresos y demás información entregada al HSD son verdaderas y correctas.

► **Firme aquí** X _____

Fecha de hoy _____

Registro para Votar Aquí

¿SI USTED NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN EL LUGAR DONDE VIVE AHORA, QUIERE UD. REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ HOY? Sí No (Escoja uno)

SI Ud. NO PONE SU MARCA EN CUALQUIERA DE LOS CUADRADOS NO SE REGISTRÁ PARA VOTAR AHORA.

La **LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES** pone a su disposición la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si ud. desea que alguna persona le ayude a llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. Usted es la única persona que puede decidir si necesita ayuda o no. Usted puede llenar la forma de solicitud en privado.

IMPORTANTE: Aplicar para registrar o declinar para registrar a votar **NO AFECTARÁ** la ayuda que se le proporcionará por esta agencia.

Firma	Fecha
-------	-------

CONFIDENCIALIDAD: Si ud. decide registrarse o no, la decisión que ud. tome permanecerá confidencial. **SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA INTERVENIDO CON** su derecho de registrarse para votar ó declinar de registrarse para votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad en decidir si se registra para votar o al indicar que desea registrare, o su derecho a elegir el partido político, Ud. puede presentar su queja a la Oficina de la Secretaría de Estado, 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503 (teléfono: 1-800-477-3632). (12/01/09)

Enviar la aplicación firmada a la oficina local de la División de Asistencia Económica (ISD) o por correo a:

Central ASPEN Scanning Area (CASA)
PO BOX 830
Bernalillo, NM 87004
O Fax to 1-855-804-8960

O

Usted puede aplicar para asistencia de LIHEAP en línea en:
www.yes.state.nm.us

Si tiene preguntas acerca de LIHEAP llaman a nuestro Centro de Servicio al Cliente al
1-800-283-4465

AVISO DE DERECHOS



Información de Necesidades Especiales Si Ud. es una persona con alguna incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere algún tipo de acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicios, por favor comuníquese con el Coordinador de La Ley de Estadounidenses con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos llamando al número 1-505-827-7701, o a través del Sistema de Retransmisión de Nuevo México TDD al 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El Departamento solicita la comunicación previa de por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (Revisado 09/15/14)

Sus Derechos Civiles / Declaración de no discriminación Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (Revisado 10/14/15)

Para presentar una queja a través de HSD de la discriminación y/o el tratamiento grosero con respecto a un programa donde reciba asistencia financiera federal o estatal, un formulario de queja está disponible en la oficina de ISD o usted también puede escribir a: NM Human Services Department, ISD Rights Director, P.O. Box 2348 Santa fe, 87504-2348 o enviarlo por fax al (505)-827-7241.

Confidencialidad

Toda la información que usted provea es confidencial. Esta información será dada a los empleados del Departamento de Servicios Humanos (HSD por sus siglas en inglés) que necesitan supervisar los programas a los cuales usted está aplicando. Información confidencial podría ser liberada a otras agencias federales y estatales. Toda información podrá ser utilizada para determinar elegibilidad y/o proveer servicios. (Revisada 07/15/14)

Esta información podría ser dada a otras agencias Federales y Estatales para revisión oficial, y a oficiales de aplicación de la ley con el propósito de arrestar personas huyendo de la ley. Si usted recibe beneficios que usted no era elegible y tiene que devolverlos, esto se llama una reclamación. Si su hogar recibe una reclamación en su contra, la información provista en esta aplicación incluyendo Números de Seguro Social, podrían ser dados a las agencias Federales y Estatales para la acción de colección de reclamaciones. Usted solo tiene que proveer Estatus de Ciudadanía y Números de Seguro Social por aquellos miembros por los cuales usted está aplicando en su hogar. Usted no tiene que ser un Ciudadano de los Estados Unidos para aplicar.

Ser recipiente de los beneficios de SNAP/comida, energía o asistencia médica no le evita el hacerse un residente permanente legal (LPR por sus siglas en Inglés) o aplicar para ser ciudadano de los Estado Unidos.

Inmigrantes no ciudadanos que no estén pidiendo asistencia para ellos mismos, no tienen que dar información acerca de su estatus de ciudadanía, Números de Seguro Social, u otras pruebas similares, sin embargo, ellos tienen que proveer prueba de ingreso y cosas que poseen ya que parte de estas cosas cuentan al establecer la elegibilidad del hogar. Ciertos beneficios podrían estar disponibles para personas sin Número de Seguro Social, así que pregunte en el Departamento de Apoyo de Ingresos (ISD por sus siglas en inglés).

Nosotros también verificamos con otras agencias, El Servicio Federal de Ingreso y Verificación de Elegibilidad (IEVS por sus siglas en inglés) y el Sistema de Reporte de Información de Asistencia Pública (PARIS por sus siglas en inglés) acerca de la información que usted proveyó. Esta información podría afectar la elegibilidad y cantidad de beneficios recibidos de su hogar.

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA

¿Qué es una audiencia justa y por qué debo pedir una?

Una audiencia justa le da la oportunidad de explicar por qué le parece que ha habido una decisión equivocada sobre sus beneficios. Las audiencias se llevan a cabo por teléfono con un oficial de audiencias. El oficial de audiencias escuchará la información de usted y la del Income Support Division y decidirá si la decisión fue correcta o incorrecta.

¿Puedo obtener ayuda en mi audiencia?

Usted puede tener un amigo o un miembro de la familia para participar en la audiencia con usted. También puede obtener ayuda legal gratuita. Para saber más sobre la ayuda legal gratuita, llame al Law Access New Mexico al (800) 340-9771.

¿Cuánto tiempo tengo para solicitar una audiencia?

Usted debe solicitar una audiencia dentro de los **90 días** de la fecha en esta notificación. Es posible obtener más tiempo para solicitar una audiencia si tiene un buen motivo, como enfermedad u otra circunstancia fuera de su control.

¿Puedo mantener mis beneficios si solicito una audiencia?

Si usted ya está recibiendo beneficios, puede continuar obteniéndolos mientras espera por su audiencia, si es que la solicitó dentro de los **13 días** de la fecha en esta notificación. Si la decisión de la audiencia no es a su favor, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibió mientras esperaba a que se llevara a cabo la misma.

¿Cómo solicito una audiencia?

Ud. puede solicitar una audiencia llenando el formulario que se encuentra en el reverso de esta notificación y enviándolo por correo o fax a:

Human Services Department - Fair Hearings Bureau
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348
Fax # (505) 476-6215

Ud. puede solicitar una audiencia por teléfono llamando al (800) 432-6217 (opción 6). También puede solicitar una audiencia en persona en su oficina local del Income Support Division.

Información sobre necesidades especiales



Si Ud. es una persona con alguna incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere algún tipo de acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicios, comuníquese con el Coordinador de La Ley de Estadounidenses con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos llamando al número (505) 827-7701, o a través del Sistema de Retransmisión de Nuevo México TDD al (800) 659-8331 o puede oprimir 711. El Departamento solicita la comunicación previa de por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (Revisado 09/15/14)

En caso de que necesite un intérprete

Tiene derecho a un intérprete gratuito. Infórmele al HSD si necesita un intérprete antes o durante la audiencia llamando al: (800) 432-6217 (opción 6).