



Solicitud para Home Energy Plus

Para solicitar Asistencia energética en línea vaya a <https://energybenefit.wi.gov>

Solo para uso de la agencia - las áreas sombreadas deben ser completadas por la agencia

Fecha de solicitud (mm/dd/aaaa):	Número del trabajador:	<input type="checkbox"/> Revocado
----------------------------------	------------------------	-----------------------------------

Tipo de difusión: Agencia local Centro alternativo _____ Visita domiciliaria Correo postal Teléfono

Este formulario está autorizado en virtud de la Ley estatal de Wisconsin 16.27(2)(a). Toda la información en la solicitud es necesaria para considerar la elegibilidad para recibir beneficios de los programa Home Energy Plus. La obtención de su número del seguro social no está prohibida por la ley federal y es necesario comprobar los beneficios otorgados al solicitante por este Programa. Al proporcionar la información en la solicitud, usted autoriza al Departamento de Administración de Wisconsin (Wisconsin Department of Administration) y sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados en bases de datos o registros federales, estatales, condales, de proveedores de energía, empleadores y arrendadores. La información recopilada en este formulario puede ser divulgada a programas energéticos que operan bajo la Autoridad de programa de beneficios públicos de Wisconsin (Wisconsin Public Benefit Program Authority) o la Aprobación de la Comisión de Servicio Público de Wisconsin (Wisconsin Public Service Commission Approval), y se podrá usar para fines de derivación, investigación, evaluación y análisis.

1. Territorio (condado o tribu) en el que vive:	ID de la persona: (Este número es proporcionado por el Programa):
---	---

2. Nombre:	Inicial intermedia:	Apellido: (Tal como aparecen en la tarjeta del seguro social)
------------	---------------------	---

3. Alias de nombre (si corresponde)	Alias de apellido (si corresponde):
-------------------------------------	-------------------------------------

4. Número de teléfono principal: ()	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Contacto
Número de teléfono secundario: ()	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Contacto

5. Dirección de correo electrónico:

6. Método preferido de comunicación con el grupo familiar: Teléfono principal Correo electrónico Correo postal Mensaje de texto

7. Tipo de vivienda en la que reside:

Casa unifamiliar Solo para uso de la agenda: Vivienda no elegible

Edificio de 2 a 4 unidades (incluidos condominios) – **Número de unidades/apartamentos en su edificio:** _____

Edificio de apartamento o múltiples unidades (incluidos condominios) – **Número de unidades/apartamentos en su edificio:** _____

Casa móvil

Motel o casa rodante/RV (haga un círculo en una)

Otra (describa)

8. **Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial):**

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código zip _____

9. **Dirección residencial (debe completarse):**

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código zip _____

10. Es propietario o alquila su residencia: (Elija «Alquiler» si nadie que vive en el hogar es propietario de la residencia)
(Elija «Propietario» si posee una vivienda móvil y paga renta por el terreno)

Propietario Alquila Si alquila, se requiere la siguiente información del arrendador:

Empresa administradora o nombre comercial (si corresponde): _____ Punto de contacto o nombre del arrendador: _____

Correo electrónico del arrendador: _____ Número de teléfono del arrendador: _____
()

Dirección del arrendador: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código zip: _____

11. Indique el número de habitaciones en su residencia:

La agencia completa el número total de habitaciones: _____

_____ Salón de estar

_____ Comedor

_____ Cocina

_____ Sala familiar

_____ Número de dormitorios

_____ Estudio/Oficina

Indique otras habitaciones: _____

No cuente los baños, sótanos sin terminar, cuartos de lavado, pasillos, entradas, áticos sin calefaccionar y porches o clósets.

12. Seleccione la respuesta que mejor describa su arreglo de vivienda a la fecha de esta solicitud:

- Vive en un hogar grupal, hogar de transición, centro residencial comunitario (Community Based Residential Facility, CBRF) u hogar de acogida
- Vive en una residencia de ancianos
- Vive en una institución del gobierno o prisión o cárcel
- Está en una situación sin hogar en transición a una residencia permanente
- Ninguna de las anteriores

13. ¿Recibe asistencia para el alquiler (de la Sección 8 u otra vivienda asistida del gobierno)? Sí No

14. ¿Existe un tutor o un representante designado? Sí No Si es así, complete la información del representante:

Autorización del representante Tutor legal Poder legal (Power of Attorney, OA) Beneficiario protector

Nombre del tutor/representante: _____ Número de teléfono del tutor: () _____

Dirección del tutor/representante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código zip: _____

O: Indique el nombre de una persona que usted autorice para hablar sobre su solicitud y que no aparezca mencionada como tutor o representante designado: _____ Parentesco: _____

15. ¿Es usted (el solicitante) un estudiante menor de 25 años y está inscrito al menos a medio tiempo en una institución de educación superior? Sí No

Si contestó que sí, marque cualquiera de las siguientes condiciones que reflejen su situación:

- Trabaja actualmente veinte o más horas a la semana y gana por lo menos el sueldo mínimo
- Es responsable económicamente de un menor de 18 años que vive actualmente con usted
- Tiene una discapacidad física o mental (se requiere verificación de algún programa del gobierno)
- Recibe beneficios de compensación por desempleo (unemployment compensation, UC) como resultado de TAA/NAFTA (tiene que ser estudiante a tiempo completo)
- Está recibiendo beneficios TANF o W-2
- El cónyuge que vive con usted no es estudiante
- No aplican ninguna de las anteriores

16. ¿Alguien en el grupo familiar tiene menos de 18 años y está emparentado con algún miembro adulto del grupo familiar? Sí No

17. Ingrese el número total de miembros del grupo familiar (incluido el solicitante que aparece en la página 1): _____

Identifique el idioma preferido del grupo familiar: _____

Si el idioma preferido del grupo familiar no es el inglés, indique un miembro del grupo familiar o representante que hable inglés que pueda responder las preguntas de la solicitud. Al completar este campo está autorizando al programa a analizar su solicitud con esa persona.

Nombre: _____ Número de teléfono: () _____

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR:

	<ul style="list-style-type: none"> • Enumere a todas las personas que viven en esta residencia hoy • La agencia se comunicará con usted para pedirle los números del Seguro social de los solicitantes por primera vez o de los nuevos miembros del hogar 									
	Nombre Inicial Apellido (nombre legal)	Fecha de nacimiento	Sexo	Ciudadano estadounidense¹	Origen étnico	Raza	Discapacidad	Foodshare²	Servicio militar³	Hijo en colocación compartida⁴
	John M Doe	mm/dd/aaaa	Ver abajo	S/N	Ver Abajo	Ver abajo	S/N	S/N	S/N	S/N
1	(Nombre de la página 1)									
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Adjunte una hoja separada si es necesario para otros miembro del grupo familiar

Sexo (Ingrese el código) F = Femenino M = Masculino O = Otro/Desconocido/No quiere responder
Origen étnico (Ingrese el código): 1 = Hispano/Latino 2 = No Hispano/Non Latino 3 = Se desconoce 4 = No quiere responder
Raza (Ingrese el código): A = Asiática B= Negra o afroamericana H = Hispana/Latina I = Indígena americano o nativo de Alaska M = Multirracial (2 o más) O = Otra P = Nativa de Hawái/Otras islas del Pacifico W = Blanca U = Desconocidoda D = No quiere responder

¹ La agencia se comunicará con el solicitante para pedir documentación para determinar si los miembros del grupo familiar que no son ciudadanos son elegibles para recibir beneficios.

² Ingrese "S" en la casilla para FoodShare si esa persona recibió FoodShare en el **mes anterior a la fecha de esta solicitud**.

³ Ingrese "Y" en la casilla de Servicio militar, si esa persona está sirviendo o ha servido alguna vez, o es el cónyuge superviviente de alguien que sirvió en una rama de las fuerzas armadas de Estados Unidos (ejército, marina, fuerzas aéreas, cuerpo de marines, guarda costas) como servicio activo, reserva o guardia nacional.

⁴ Ingrese todos los niños que están viviendo en su hogar y que están en un mínimo del 50% de colocación compartida. Se requiere verificación de la colocación del niño (como una copia de la orden judicial) cuando los niños están viviendo en un sistema de vivienda de colocación física compartida.

INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR:¿Es su grupo familiar un grupo familiar con cero ingresos? Sí No**Atención:** Un grupo familiar con cero ingresos no tiene ninguna fuente de ingresos, ya sea por trabajo o no, en el **mes anterior a la fecha de solicitud**.**Tipos de ingreso:** Si alguien en el hogar está pagando manutención de menores por orden judicial (pagado CS) incluya ese monto en el ingreso abajo. Los trabajos por dinero en efectivo deben informarse como Ingreso autogenerado.

(A) Recibió pensión	(GF) Regalos/donaciones	(SSDI) Seguro de discapacidad de la seguridad social
(CS RECD) Recibió manutención de menores	(GV) Alivio del gobierno o por desastre	(SSI) Seguro de ingreso suplementario
(CS Paid) Pagó manutención de menores	(LC) Pago por contrato de terreno ²	(T) TANF/W2
(CTS) Suplemento por cuidador del SSI	(O) Otra	(TR) Tribal per cápita ¹
(DL) Discapacidad a largo plazo	(P) Pensiones, anualidades y cuenta de retiro individual (IRA) ¹	(UC) Compensación por desempleo ³
(DS) Discapacidad a corto plazo	(R) Ingreso por alquiler ¹	(V) Beneficios para veteranos
(D) Dividendos/Interés ¹	(SE) Ingreso autogenerado ¹	(W) Sueldos y propinas ³
(G) Apuestas/Lotería/Bingo	(SP) Empobrecimiento del cónyuge	(WK) Compensación de trabajadores
(GR) Alivio general	(SS) Seguro social	

Instrucciones: Incluya **todos** los ingresos brutos del grupo familiar en la tabla de abajo. Ingrese el código de ingreso de arriba en la columna de tipo de ingreso y de dónde viene ese ingreso en la columna de fuente de ingreso. **OBLIGATORIO:** Se necesita un comprobante de ingreso **bruto** para cada ingreso enumerado a continuación.

Nombre del miembro del grupo familiar	Tipo de ingreso	Fuente de ingreso ⁴	Mes anterior	Ítem de verificación	Iniciales del trabajador
<i>Ejemplo: John Doe</i>	<i>W</i>	<i>ABC Corporation</i>	<i>1.278,25 \$</i>	<i>No completar</i>	
Ingreso total mensual familiar:					

¹ Este ingreso se basa en el promedio de los últimos 12 meses de ingreso. Se requiere una copia de la declaración de impuestos federal más reciente para completar esta solicitud.² Solo se cuenta el ingreso de interés recibido. Será necesario proporcionar una copia del programa de amortización o del formulario 1099 emitido con fines tributarios para completar esta solicitud.³ Salarios: proporcione verificación de sueldos **recibidos** el **mes anterior a la fecha de solicitud** en base a la fecha del cheque. Si el miembro del grupo familiar es un trabajador estacional (una persona cuya principal fuente de ingresos se gana en menos de 12 meses de un año calendario), debe indicarse el ingreso anual para los sueldos y la compensación por desempleo recibida en el anterior año fiscal. Será necesario proporcionar copias de los formularios W2 y 1099 para completar esta solicitud.⁴ Sueldos, incluya el nombre del empleador como ABC Corporation; si es autoempleo, incluya el tipo de negocio o el nombre del negocio; si es pensión, incluya el beneficiario de la pensión; si son intereses y dividendos, incluya el beneficiario de ese ingreso.

COMBUSTIBLES DE ENERGÍA:

	Calefacción principal	Electricidad
Tipo de combustible: Debe completar las columnas de calefacción principal y electricidad si no tiene calefacción eléctrica	<input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Fuelóleo <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otra (Describe: _____) Haga clic aquí si su caldera/unidad de calefacción no está funcionando: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene servicio eléctrico en su hogar de una utilidad, municipalidad o cooperativa. Indique la fuente de electricidad alternativa: <input type="checkbox"/> Solar <input type="checkbox"/> Generador <input type="checkbox"/> Fuera de la red <input type="checkbox"/> Otra
¿Cómo se paga la factura? Marque una para Calefacción principal y una para Electricidad.	<input type="checkbox"/> Tengo una cuenta y pago mi factura directamente al proveedor. <input type="checkbox"/> La calefacción está incluida en la renta <input type="checkbox"/> Pago separado al dueño, propietario del parque de casas móviles u otra persona <input type="checkbox"/> Yo no pago: Calefacción incluida en la renta mensual cuando reside en una vivienda con asistencia del gobierno o tiene algún tipo de arreglo en especie	<input type="checkbox"/> Tengo una cuenta y pago mi factura directamente al proveedor <input type="checkbox"/> La electricidad está incluida en mi renta <input type="checkbox"/> Pago separado al dueño, propietario del parque de casas móviles u otra persona <input type="checkbox"/> Yo no pago: Electricidad incluida en la renta mensual cuando reside en una vivienda con asistencia del gobierno o tiene algún tipo de arreglo en especie
Medidor compartido: ¿comparte la energía con otra unidad o edificio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Uso comercial o recreativo en el medidor: ¿Hay algún uso comercial o recreativo en esta cuenta (incluyendo agrícola, otro autoempleo, piscina o jacuzzi)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información de la cuenta *Debe indicarse la compañía de electricidad para su vivienda incluso si no tiene una cuenta directa con el proveedor.	*Nombre de la compañía:	*Nombre de la compañía:
	Número de cuenta:	Número de cuenta:
	Titular de la cuenta de energía: <input type="checkbox"/> Miembro del grupo familiar <input type="checkbox"/> Un cónyuge fallecido <input type="checkbox"/> Un beneficiario protector <input type="checkbox"/> Si es otro– identifique la relación con el titular de la cuenta:	Titular de la cuenta de energía: <input type="checkbox"/> Miembro del grupo familiar <input type="checkbox"/> Un cónyuge fallecido <input type="checkbox"/> Un beneficiario protector <input type="checkbox"/> Si es otro– identifique la relación con el titular de la cuenta:
	Nombre en la cuenta:	Nombre en la cuenta:
	Costos anuales: \$	Costos anuales: \$

Si su fuente principal de calefacción es a gas natural o electricidad, ¿ha recibido un aviso de saldo pendiente o de desconexión en los últimos 90 días?

Sí No No aplicable

¿Esta desconectada actualmente esta cuenta? Sí No

Si su fuente principal de calefacción usa propano o fuelóleo, ¿tiene actualmente su tanque el 20% o menos de combustible restante?

Sí No No aplicable

¿Se ha quedado sin combustible actualmente? Sí No

Agua caliente: Identifique el tipo de combustible que calienta el agua en su hogar:

Electricidad Fuelóleo Gas natural Propano Madera u otro Ninguno

Fuente de calefacción principal: Identifique fuentes de calefacción adicionales usados en su hogar, como chimenea, estufa de leña, calentadores u otra fuente de calefacción alternativa.

Seleccione solo una: Electricidad Madera u otro _____ Ninguno

Tipo de aire acondicionado (seleccione solo uno): Ninguno Aire acondicionado central Unidad A/C de pared/ventana

Página de certificación

Lea todos los puntos de esta página antes de firmar la solicitud.
Si no entiende algún punto, pida ayuda al trabajador.

ID de la persona:	N.º de solicitud:
-------------------	-------------------

1. Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información requerida en un plazo de 30 días desde la fecha de esta solicitud o la solicitud será anulada y se denegará. Puedo volver a pedir los beneficios, pero será necesario hacer una nueva solicitud.
2. Entiendo que soy responsable de reportar los nombres de las personas que viven en mi dirección y el número del seguro social y los ingresos de todas las personas en mi grupo familiar. La obtención del número del seguro social no está prohibida por la ley federal y es una información necesaria para verificar los beneficios otorgados al solicitante por este Programa. El no proporcionar esta información resultará en un retraso en el procesamiento de mi solicitud y en la incapacidad para determinar los montos de beneficios.
3. Entiendo que soy responsable de usar los pagos que reciba para pagar los costos de calefacción/electricidad para la residencia indicada en mi solicitud o para pagar los costos de calefacción/electricidad para una futura residencia permanente a la que me mude en Wisconsin.
4. Entiendo que tengo derecho a solicitar los beneficios de Asistencia energética y recibir un pago o una carta explicativa en un plazo de 45 días desde la fecha en que se complete el proceso de solicitud. Entiendo que el pago o la carta explicativa pueden retrasarse dependiendo de cuándo comience el año del programa y/o cuando se procesen los pagos.
5. Entiendo que tengo derecho a pedir una audiencia imparcial en el plazo de 15 días desde que reciba la carta de notificación si creo que mi solicitud de Asistencia energética no se ha procesado oportunamente, se ha denegado incorrectamente o mi pago es incorrecto. También puedo solicitar una audiencia imparcial si no he recibido ningún pago ni explicación. Puedo pedir una audiencia imparcial comunicándome con la oficina local que procesó mi solicitud porque lo solicité directamente a su oficina o presenté una solicitud en línea.
6. Entiendo que tengo derecho a presentar una queja si creo que he sido discriminado de manera ilegal. Puedo presentar una queja comunicándome con la persona autorizada en mi condado o tribu, o enviando un correo electrónico a heat@wisconsin.gov.
7. Entiendo que al proporcionar la información en la solicitud, estoy autorizando al Departamento de Administración de Wisconsin y sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados en bases de datos o registros federales, estatales, condales, de proveedores de energía, servicio de agua, empleadores y arrendadores.
8. Entiendo que al proporcionar los números de cuenta para el proveedor(es) de energía de mi hogar, estoy autorizando al proveedor(es) de energía a entregar información sobre la cuenta y el uso de energía al Departamento de Administración de Wisconsin para los fines de determinar la elegibilidad para esta o futuras solicitudes, determinación de beneficios y evaluación y análisis del programa antes y después de recibir servicios de climatización.
9. Entiendo que los derechos, requisitos y autorizaciones que certifique en esta solicitud también podrán aplicarse a múltiples temporadas de calefacción, crisis y solicitudes de calderas, cuando se emitan beneficios suplementarios y para actividades de difusión.
10. Entiendo que la información recopilada en este formulario puede ser divulgada a programas energéticos que operan bajo la Autoridad del Programa de Beneficios Públicos de Wisconsin (Wisconsin Public Benefit Program Authority) o la Aprobación de la Comisión de Servicio Público de Wisconsin (Wisconsin Public Service Commission Approval), u otros programas administrados por el Estado de Wisconsin, y se podrá usar para fines de derivación, investigación, evaluación y análisis.
11. Entiendo que si soy elegible para beneficios de asistencia energética, puedo ser derivado a otros programas de climatización y/o energía residencial. Autorizo a la agencia de climatización a proporcionar servicios de climatización a mi residencia. Si no soy el propietario de la residencia, autorizo a la agencia de climatización a comunicarse con el arrendador, y cooperaré con la agencia que preste los servicios de climatización.

Certifico que la información incluida en esta solicitud y toda información proporcionada en conexión con esta solicitud son declaraciones verdaderas y completas de los hechos. Además certifico que he leído y entendido las afirmaciones anteriores. Entiendo que es posible que deba proporcionar una prueba de cualquier información en esta solicitud y que dar falsa información anulará esta solicitud, exigirá que devuelva los beneficios recibidos y posiblemente me exponga a enjuiciamiento penal. Al escribir mi nombre en el campo "Firma del solicitante", indico que soy la persona mencionada y que esta entrada es el equivalente legal de una firma manual/escrita a mano. Además entiendo que puedo imprimir el documento y firmar a mano.

Firma del solicitante	Fecha (mm/dd/aaaa)
------------------------------	--------------------

Las solicitudes deben enviarse por correo postal a la oficina de energía local

Dirección de la oficina local:	Para comunicarse con su oficina local, vaya a: https://energyandhousing.wi.gov/Pages/Home.aspx Seleccione el condado/tribu donde vive en el mapa o desde el menú desplegable que encontrará en esa página.
---------------------------------------	--

Esta solicitud puede entregarse en formatos alternativos para personas con discapacidades previa solicitud.