



## Solicitud para Home Energy Plus

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

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 programas Home Energy Plus.

1. Nombre:	Inicial intermedia:	Apellido: (Tal como aparecen en la tarjeta del seguro social)	
2. Alias de nombre (si corresponde)	Alias de apellido (si corresponde):		
3. 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
4. Dirección de correo electrónico:	Método de comunicación predilecto: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Mensaje de texto		
5. Encierre en un círculo el tipo de vivienda en la cual vive: Casa unifamiliar Casa móvil Motel / Caravana / Auto caravana Otra _____ Edificio de 2 a 4 unidades (incluidos condominios) – <b>Número de unidades/apartamentos en su edificio:</b> _____ Edificio de apartamentos o multi-unidades (incluidos condominios) – <b>Número de unidades/apartamentos en su edificio:</b> _____			
6. Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial):			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Zip
7. Dirección residencial (debe completarse): Condado o tribu en la cual vive: _____			
Dirección	Ciudad	Estado	Código zip
¿Es propietario o renta su casa? <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Alquila (Seleccione "Propietario" si es propietario de una casa móvil y paga la renta del lote)			
Si renta, proporcione el Nombre de la Empresa/Negocio de Administración (según corresponda):		Punto de contacto o nombre del arrendador:	
Correo electrónico del arrendador:		Número de teléfono del arrendador: ( )	
Dirección del arrendador:	Ciudad	Estado	Código zip
8. Indique el número de habitaciones de su residencia: _____ Salón de estar _____ Comedor _____ Cocina _____ Sala familiar _____ Número de dormitorios _____ Estudio/Oficina			
9. Seleccione la respuesta que mejor describa su arreglo de vivienda a la fecha de esta solicitud: <input type="checkbox"/> Vive en un hogar grupal, hogar de transición, centro residencial comunitario (Community Based Residential Facility, CBRF) u hogar de acogida <input type="checkbox"/> Vive en una residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Vive en una institución del gobierno o prisión o cárcel <input type="checkbox"/> Está en una situación sin hogar en transición a una residencia permanente <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores			
10. ¿Recibe asistencia para el alquiler (del Artículo 8 u otra vivienda asistida del gobierno)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
11. ¿Existe un tutor o un representante designado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, complete la información del representante: <input type="checkbox"/> Autorización del representante <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Poder legal (Power of Attorney, OA) <input type="checkbox"/> Beneficiario protector			
Nombre del tutor/representante:		Número de teléfono del tutor: ( )	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código zip:
<b>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:</b>			
12. ¿Es usted (el solicitante) un estudiante menor de 25 años y está inscrito al menos a medio tiempo en una institución de educación superior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contestó que sí, marque cualquiera de las siguientes condiciones que reflejen su situación:</b> <input type="checkbox"/> Trabaja actualmente veinte o más horas a la semana y gana por lo menos el sueldo mínimo <input type="checkbox"/> Es responsable económicamente de un menor de 18 años que vive actualmente con usted <input type="checkbox"/> Tiene una discapacidad física o mental (se requiere verificación de algún programa del gobierno) <input type="checkbox"/> Recibe beneficios de compensación por desempleo (unemployment compensation, UC) como resultado de TAA/NAFTA (tiene que ser estudiante a tiempo completo) <input type="checkbox"/> Está recibiendo beneficios TANF o W-2 <input type="checkbox"/> El cónyuge que vive con usted no es estudiante <input type="checkbox"/> No aplican ninguna de las anteriores			
13. ¿Vive alguien con usted que sea menor de 18 años de edad y esté relacionado con algún miembro adulto del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

14. Cuántas personas viven en su hogar (incluyéndole a usted, el solicitante que aparece en la página 1): \_\_\_\_\_

Identifique el idioma preferido del grupo familiar: \_\_\_\_\_

**MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enumere a todas las personas que viven en esta actualmente.</li> <li>• La agencia se comunicará con usted para pedirle los números de Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés) de ser necesario.</li> </ul>										
	<b>Nombre Inicial Apellido (nombre legal)</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b>	<b>Ciudadano estadounidense</b>	<b>Etnia</b>	<b>Raza</b>	<b>Discapacidad</b>	<b>Foodshare</b>	<b>Servicio militar</b>	<b>Hijo en colocación compartida</b>
Ejemplo: John M Doe	mm/dd/aaaa		Sí/No	Ver abajo	Ver abajo	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No	
1 (Nombre de la página 1)										
2										
3										
4										
5										

Por favor, adjunte una hoja por separado de ser necesario para los miembros adicionales del hogar.

**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 Pacífico W = Blanca U = Desconocida D = No quiere responder

**INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR:** ¿Su hogar no tiene ingreso alguno?  Sí  No

Marque todas las casillas que correspondan a continuación:

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

Nombre del miembro del grupo familiar	Tipo de ingreso	Fuente de ingreso
<i>Ejemplo:</i> John Doe	W	ABC Corporation

Adjunte una hoja por separado de ser necesario para ingresos adicionales.

**COMBUSTIBLES DE ENERGÍA:**

	<b>Calefacción principal: solo seleccione una</b>	<b>Electricidad</b>
<b>Tipo de combustible:</b> 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 (Describa: _____ ) 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"/> Otro
<b>¿Cómo se paga la factura?</b> 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
<b>Uso comercial o recreativo en el medidor</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Información de la cuenta</b> *Debe indicarse la compañía de electricidad para su vivienda incluso si no tiene una cuenta directa con el proveedor.	<b>*Nombre de la compañía:</b>	<b>*Nombre de la compañía:</b>
	<b>Número de cuenta:</b>	<b>Número de cuenta:</b>
	<b>Titular de la cuenta de energía:</b> <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:	<b>Titular de la cuenta de energía:</b> <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:
	<b>Nombre en la cuenta:</b>	<b>Nombre en la cuenta:</b>

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:  Eléctrica    Fuelóleo    Gas natural    Propano (LP)

Madera y otros    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.  Eléctrica    Madera u otro \_\_\_\_\_  Ninguno

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

**Página de certificación**

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

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

- Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información requerida en un plazo de 30 días desde la fecha de la solicitud o la solicitud será anulada y se denegará. Puedo volver a pedir los beneficios, pero podría ser necesario hacer una nueva solicitud.
- 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 de números 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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](mailto:heat@wisconsin.gov).
- 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.
- 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.
- Entiendo que los derechos, requisitos y autorizaciones que certifico también podrán aplicarse a múltiples temporadas de calefacción, crisis y solicitudes de calderas, cuando se emitan beneficios suplementarios y para actividades de difusión.
- Entiendo que la información recopilada en este y otros formularios futuros 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.
- 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.
- Entiendo que al solicitar asistencia energética se me pueden negar los beneficios y/o que haga la solicitud en línea o por teléfono si demuestro un comportamiento amenazante ante una agencia y/o trabajador.

Certifico que toda la información proporcionada en relación con la solicitud del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar de Wisconsin son declaraciones de hechos verdaderas y están completas. Además certifico que he leído y entendido las afirmaciones anteriores. Entiendo que es posible que daba proporcionar una prueba de cualquier información previa solicitud de un agente autorizado del Programa de asistencia energética domiciliar de Wisconsin, que dar falsa información anulará esta y futuras solicitudes y 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.

<b>Firma del solicitante</b>	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: <a href="https://energyandhousing.wi.gov/Pages/Home.aspx">https://energyandhousing.wi.gov/Pages/Home.aspx</a> 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.