

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA UNIDAD FAMILIAR (HIF) (10/2024)

*Agencia:	Ayuda proporcionada: <input type="checkbox"/> *Asistencia de energía <u>Q</u> <input type="checkbox"/> *Crisis - Inminente <u>Q</u> <input type="checkbox"/> *Crisis – que amenaza la vida <u>Q</u> <input type="checkbox"/> *Crisis - Sin calefacción <input type="checkbox"/> Otros servicios de emergencia <input type="checkbox"/> Educación sobre la conservación	<input type="checkbox"/> Interesado en acondicionamiento contra las inclemencias del tiempo <input type="checkbox"/> Miembro de una tribu <input type="checkbox"/> Recibe Asistencia de Alimentos <input type="checkbox"/> Calefacción con el alquiler <input type="checkbox"/> Recibió EAP el último año del programa	Número de expediente:
*Condado:			Fecha de certificación:

SECCIÓN A: Información de contacto y elegibilidad de la unidad familiar

***Solicitante principal:** _____
 (Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

***Dirección de la residencia:** _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____

Dirección postal: _____
(Si es diferente)
Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número telefónico: () - () - ()
Teléfono para mensajes: () - () - ()
Vivió en la residencia: Años: _____ Meses: _____

*Situación de la vivienda: 1 <input type="checkbox"/> Dueño/compra 2 <input type="checkbox"/> Subsidiada 3 <input type="checkbox"/> Alquiler 4 <input type="checkbox"/> Inquilino/Alojado 5 <input type="checkbox"/> Vivienda temporal Costo mensual: \$ _____	*Tipo de vivienda: 1 <input type="checkbox"/> Familia de 1 a 3 1 <input type="checkbox"/> Familia de 4+ 3 <input type="checkbox"/> De varios pisos 4 <input type="checkbox"/> Móvil 5 <input type="checkbox"/> Vehículo recreativo Número de recámaras: _____	*Ingresos/Beneficios: <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Ingresos percibidos <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Manutención de niños <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Otro	*Número total de personas en la unidad familiar: _____ *Ingresos mensuales de la unidad familiar: \$ _____
---	--	---	---

Grupo objetivo #1: Sí No
Grupo objetivo #2: Sí No

***Fuente de calefacción principal:**
 1 Electricidad 4 Petróleo
 2 Gas natural 5 Leña
 3 Propano 6 Carbón

***Costo anual de la calefacción:** \$ _____ Costo de la calefacción de respaldo
Costo total de la energía: \$ _____ Datos del reemplazo que se usó
***Costos anuales totales de la energía eléctrica:** \$ _____

SECCIÓN B: Asistencia de energía (EAP)

Personal: _____ **P.O.#:** _____

Pago al/a los proveedor(es): **MONTO DE LA ELEGIBILIDAD DE LA UNIDAD FAMILIAR:** \$ _____
Pago directo al solicitante: \$ _____

#1 _____ Cuenta #: _____ \$ _____
 #2 _____ Cuenta #: _____ \$ _____

TOTAL EAP PAGADO HASTA LA FECHA: \$ _____

EAP TOTAL PAGADA HASTA LA FECHA: Otros servicios de emergencia (OSE)

Personal: _____ **P.O.#:** _____

Sistema de calefacción: Reparaciones Proveedor #: _____ \$ _____
Reemplazo Proveedor #: _____ \$ _____
Otras reparaciones y servicios: Proveedor #: _____ \$ _____
 Proveedor #: _____ \$ _____

TOTAL SERVICIOS DE EMERGENCIA (OSE) PAGADOS HASTA LA FECHA: \$ _____

Certifico que he proporcionado y revisado toda la información en cada página de este documento y que es exacta en mi opinión. Entiendo que podría ser sujeto a enjuiciamiento criminal si he proporcionado información falsa a sabiendas. Además, entiendo que puedo solicitar una Audiencia Justa si no se actúa sobre el suministro de la información anterior para determinar mi elegibilidad dentro de un tiempo razonable o si no recibo beneficios para los cuales considero que soy elegible. Doy mi permiso para que esta agencia y el Departamento de Comercio del Estado de Washington (COMERCIO) soliciten/revelen la información necesaria que pudiera dar lugar a la recepción de mis beneficios de esta solicitud de ayuda y de programas similares y relacionados administrados por el Estado de Washington, incluyendo asistencia de alimentos. También doy permiso al/a los proveedor(es) de calefacción mencionados anteriormente para que establezcan una línea de crédito y/o revelen la información de mi cuenta a esta agencia o a COMERCIO para el análisis de los datos actuales y futuros y para la determinación de la elegibilidad. Entiendo que es necesario que proporcione mi número de seguro social para evitar pagos duplicados de beneficios de asistencia de energía a la misma unidad familiar solicitante. Por el presente, autorizo al personal del programa de energía para que también use mi número de seguro social con propósitos de verificación de ingresos (incluyendo Seguro de Empleo, Seguro de Desempleo y Asistencia de Alimentos de DSHS). Además, autorizo a esta agencia y a COMERCIO para que usen mi información personal dentro de sus organizaciones con el propósito de identificar e informar los datos del solicitante que no sean personales, no duplicados. Fair Hearing: <http://www.commerce.wa.gov/wp-content/uploads/2016/06/liheap-fair-hearing-request-form.pdf>

***Firma del solicitante:** _____ **Fecha:** _____

(Nota: Todos los campos designados con un (*) son información obligatoria).

Formulario de información sobre la unidad familiar (10/2024)

*Apellido	*Nombre	Inicial del segundo nombre	*NSS (obligatorio si es el principal)	*Fecha de nacimiento
*Relación con la persona principal <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro no pariente	*Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	Raza <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro	Educación (24 años o mayor) <input type="checkbox"/> 0 a 8 <input type="checkbox"/> 9 a 12 (no graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ Algo de post-secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad, 2 o 4 años Incluido en Cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Excombatiente del ejército <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro de salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Apellido	*Nombre	Inicial del segundo nombre	*NSS (obligatorio si es el principal)	*Fecha de nacimiento
*Relación con la persona principal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro no pariente *Solicitante secundario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	Raza <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro	Educación (24 años o mayor) <input type="checkbox"/> 0 a 8 <input type="checkbox"/> 9 a 12 (no graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ Algo de post-secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad, 2 o 4 años Incluido en Cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Excombatiente del ejército <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro de salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Apellido	*Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social	*Fecha de nacimiento
*Relación con la persona principal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro no pariente	*Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	Raza <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro	Educación (24 años o mayor) <input type="checkbox"/> 0 a 8 <input type="checkbox"/> 9 a 12 (no graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ Algo de post-secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad, 2 o 4 años Incluido en Cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Excombatiente del ejército <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro de salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Apellido	*Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social	*Fecha de nacimiento
*Relación con la persona principal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro no pariente	*Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	Raza <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro	Educación (24 años o mayor) <input type="checkbox"/> 0 a 8 <input type="checkbox"/> 9 a 12 (no graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ Algo de post-secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad, 2 o 4 años Incluido en Cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Excombatiente del ejército <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro de salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Apellido	*Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social	*Fecha de nacimiento
*Relación con la persona principal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro no pariente	*Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	Raza <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro	Educación (24 años o mayor) <input type="checkbox"/> 0 a 8 <input type="checkbox"/> 9 a 12 (no graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ Algo de post-secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad, 2 o 4 años Incluido en Cálculo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Excombatiente del ejército <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro de salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nota: Todos los campos designados con un (*) son información obligatoria). Es también obligatorio el número de seguro social de los solicitantes principales y secundarios