



PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA CLIMATIZACIÓN
FORMULARIO #4S
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE CLIMATIZACIÓN

Nombre del solicitante

Número de Seguro Social

Teléfono (con código de área)

Dirección del solicitante (Número + Calle, Apto o Piso, Ciudad, Código Postal)

Condado

Información de contacto alternativa:

(Listar cualquier número de teléfono alternativo u otra información de contacto.)

Otra persona de contacto (en su caso)

Relación con el solicitante

Teléfono (con código de área)

Tipo de Residencia: Vivienda familiar, Edificio multifamiliar, Casa prefabricada o móvil, Viviendas en grupo/Casa de amparo

Si la unidad es alquilada, dé el nombre y dirección del propietario:

¿Quién paga por la calefacción de esta residencia? Propietario, Inquilino

¿Ha recibido beneficios de HEAP en los últimos 12 meses para este hogar? Sí, No

En caso afirmativo, indique su número de caso de HEAP (opcional):

Indique el número de personas de este hogar que son:

De 60 años o más, Niños de 17 años o menores, Personas con discapacidad, Estudiantes de tiempo completo, Afroamericano, Hispano o Latino, Nativo Americano, Asia o de las Islas del Pacifico

Llene el siguiente formulario detallando el nombre, la edad, y el género por cada miembro del hogar. Indique las fuentes de ingresos y las cantidades recibidas (en dólares enteros) por cada miembro del hogar de 16 años o más que no sea un estudiante de tiempo completo.

Table with 7 columns: Nombre Completo, Género (M/F), Edad, Fuente(s) de Ingresos, Cantidad Semanal, Cantidad Mensual, Cantidad Anual. Includes a total row at the bottom.

## INFORMACIÓN DE ENERGÍA

En esta sección se debe identificar y ser firmado por la persona que es responsable de las facturas de energía para esta residencia.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección del edificio: \_\_\_\_\_

Número de unidades: \_\_\_\_\_ Número o localización de esta unidad: \_\_\_\_\_

### Fuente primaria de combustible para la calefacción:

Gas Natural  Eléctrico  Propano  Aceite  Madera  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del proveedor de combustible: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Tiene un contrato de mantenimiento de servicio con este proveedor?  Sí  No

### Cualquier combustible secundario que se utiliza para calefacción a veces:

Gas Natural  Eléctrico  Propano  Aceite  Madera  Otro: \_\_\_\_\_

¿Es este servicio interrumpible?  Sí  No

Nombre y dirección del proveedor de combustible: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Tienes un contrato de mantenimiento de servicio con este proveedor?  Sí  No

Proveedor de servicios públicos de electricidad: \_\_\_\_\_

Número de cuenta de electricidad: \_\_\_\_\_

**Autorización del cliente para la entrega de facturas de combustible** (por los pasados 2 años y los próximos 2 años)

### Combustible y proveedores eléctricos indicados en este formulario:

Por la presente autorizo la entrega de información sobre mis facturas de combustible, tanto en el pasado y el futuro, a \_\_\_\_\_ o su representante. Entiendo que esta información se pone a disposición para ayudar a evaluar mis patrones/promedios de uso de la energía con el fin de identificar los potenciales ahorros de energía y ahorros actuales resultantes del trabajo realizado o los servicios ofrecidos a través del Programa de Asistencia de Climatización.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota:** Si hay otros proveedores que proporcionan el combustible o la energía o con los cuales tiene un servicio de contrato de mantenimiento, adjunte otra hoja con su información (nombres y direcciones, el combustible o la energía servicio(s) proporcionado, y su número de cuenta(s) con los proveedores), por lo que el sub-beneficiario también puede ponerse en contacto con ellos para obtener sus facturas pasadas y futuras facturas de combustible.

## **LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE PRIVACIDAD PERSONAL**

La Ley de Protección de Privacidad Personal del estado de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, Artículo 6-A) requiere en la sección 94(1)(d) que cada sub-beneficiario que mantiene un sistema de registros proporcione a cada sujeto del quien se solicita información con ciertas notificaciones previstas a continuación.

**Nombre de la agencia que solicita la información:** NYS Homes & Community Renewal

**Nombre del sistema de registros:** Weatherization Data Collection and Reporting System

**Agencia oficial responsable de los archivos:**

Director, Energy and Rehabilitation Services  
NYS Homes & Community Renewal  
38-40 State Street  
Albany, New York 12207  
518-474-5700

Secciones 416 y 417 de la Ley de Conservación y Producción de Energía (P.L. 94-385) exigen que el Estado mantenga registros con el propósito de seguimiento y evaluación y para la preparación de los informes que el Departamento de Energía de los Estados Unidos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, los proveedores de fondos del NYS WAP.

Los reglamentos del programa figuran en el 10 CFR 440.22 requiere que se establezca la elegibilidad para el programa, que requiere la recopilación de información personal, incluyendo el número de Seguro Social del solicitante. Si la información solicitada en esta Solicitud de Climatización no se proporciona, la vivienda del solicitante no es elegible para los fondos de WAP. Esta información también puede ser utilizada para realizar comparaciones de datos con otras agencias estatales y federales, para verificar su elegibilidad para los servicios de WAP.

### **AFIRMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Suscribo y afirmo, bajo pena de ley, que las declaraciones hechas en esta solicitud para la asistencia de climatización (incluyendo las declaraciones hechas en los documentos adjuntos) ha sido examinado por mí y, a lo mejor de mi leal saber y entender, es verdadera y correcta. También declaro que ninguna persona nombrada en esta solicitud está sujeta a inhabilitación para servicios de climatización bajo la Ley de 1986 de Reforma y Control de Inmigración (Ley Pública 99-603). Entiendo que al firmar esta solicitud, doy mi consentimiento para cualquier otra consulta para verificar o confirmar la información que he dado.

Entiendo que esto no representa un préstamo o hipoteca celebrada en la propiedad en cuestión y que esto no tiene ningún efecto sobre mi Seguridad Social, Asistencia Pública, o cualquier otro ingreso que pueda tener. Además, el trabajo de climatización hecho no me obliga financieramente, y no me hace responsable de las lesiones o daños que ocurran en mi propiedad que no sean resultado de mi negligencia o incompetencia.

Entiendo que esta solicitud de ayuda de climatización no garantiza que la asistencia será otorgada pero que se utilizara para determinar la elegibilidad para el programa. Si un solicitante es elegible o no; para proporcionarle asistencia dependerá en parte del número de solicitudes recibidas, los fondos restantes disponibles, y las prioridades que el programa debe de cumplir.

He leído y entendido las disposiciones de la Ley de Protección de Privacidad Personal (arriba).

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

**Si eres el propietario de esta residencia, por favor complete la siguiente certificación del propietario:**

Certifico que soy el propietario de la propiedad listada con mi dirección en este formulario. Además, certifico que he dado mi permiso a los trabajadores de esta agencia para entrar en mi residencia y completar una auditoria de energía, y para hacer cualquier trabajo de climatización que se determine necesario como resultado de dicha auditoria, en la propiedad que aparece en la parte superior de este formulario. Entiendo que ningún pago se requiere por este servicio y que no voy a ser responsable por cualquier lesión o daño.

Firma del solicitante/propietario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY (PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE)**

JOB # \_\_\_\_\_

Owner verified through:  Examination of Deed  
 Confirmation by Commissioner of Deeds  
 Confirmation by Tax Assessor's Office  
 Other: \_\_\_\_\_

On the basis of the information provided by the applicant, the household is determined to be:

**Income Eligible:** Household of \_\_\_\_\_ members has a total monthly income of \$\_\_\_\_\_.  
 Documentation of income is attached.

**Categorically Eligible:** Check **all** applicable benefits that this household receives:  
 SSI       HEAP       Public Assistance       NPA Food Stamps  
 Documentation of benefit(s) attached.

**Not Eligible:** Household does not meet eligibility criteria.

Intake Worker's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_