



State of Utah
Department of Workforce Services
**INSTRUCCIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA
ENERGÉTICA (HEAT) / HELP / EAF
(OBJETIVO DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA EL HOGAR)
Y PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA**

**Instrucciones para la solicitud de ASISTENCIA ENERGÉTICA / ASISTENCIA DE AGUA
(HEAT/WATER):**

Esta solicitud debe estar completamente llena, firmada y fechada. Deben incluirse copias de todos los siguientes documentos o no se podrá procesar su solicitud.

1. Verificaciones del hogar:

- Copias de los documentos del Servicio de Inmigración y Aduanas de EE. UU. (USCIS) que muestren el estado legal en los EE. UU. para cualquier no ciudadano

2. Verificaciones de ingresos y deducciones de ingresos:

- Copias de comprobantes de todos los ingresos recibidos en el mes anterior por todos los miembros del hogar (talones de cheques, declaraciones del Seguro Social, beneficios de jubilación, manutención infantil, pensión alimenticia, etc.)
- Si el hogar incluye adultos sin ingresos, o si el ingreso es menor que los gastos de subsistencia, incluya el formulario 880 *Declaración de déficit de ingresos del hogar* (que se encuentra en <https://jobs.utah.gov/housing/scso/seal/documents/880.pdf>)
- Comprobante de pago de cualquier gasto médico elegible pagado en el mes anterior
- Comprobante de cualquier manutención infantil o pensión alimenticia pagada el mes anterior, si corresponde

**Tenga en cuenta que si envía una solicitud por correo, el mes anterior es el mes anterior al mes en que la solicitud tiene matasellos.*

3. Verificaciones de carga de energía:

- Copias de las facturas de agua y / o servicios públicos más recientes del solicitante.
- Copia del contrato de arrendamiento del solicitante si los servicios públicos están incluidos en el alquiler, o la Declaración del propietario (formulario 1062H) completada y firmada por el propietario.

4. Verificaciones de grupos objetivo (hay fondos adicionales disponibles para solicitantes con miembros en el hogar de 60 años o más, discapacitados o menores de seis años):

- Prueba de discapacidad, si corresponde.

5. Es posible que se requiera documentación adicional. Se puede contactar a terceros relevantes para verificar la información proporcionada.

Recuerde incluir un número de teléfono donde se le pueda localizar por si tenemos preguntas o necesitamos otros documentos.

Envíe únicamente copias, ya que no se devolverán los originales.

Si la solicitud no se completa correctamente o carece de documentación, será denegada.

Si sus servicios públicos o de agua han sido desconectados o están programados para desconectarse dentro de las próximas 48 horas, comuníquese con su oficina local de ASISTENCIA ENERGÉTICA (HEAT) / AGUA para obtener instrucciones.

Llame al 801-526-9920 o al 1-866-205-4357 y seleccione la opción para el condado en el que vive.

Programa de ASISTENCIA ENERGÉTICA y DE AGUA del estado de Utah		
Si vive en este condado: (enumerado a continuación)	Enviar la solicitud y las verificaciones por correo postal o correo electrónico a:	
Salt Lake Tooele	Utah Community Action HEAT Program 850 W 1700 S Suite #4 Salt Lake City, UT 84104 Correo electrónico: heat@utahca.org	Teléfono: 1-844-214-3090 Fax: 801-214-3212
Box Elder	Bear River AOG HEAT Program – Box Elder 35 E 100 S Brigham City, UT 84302 Correo electrónico: boxelderheat@brag.utah.gov	Teléfono: 435-723-1116 Fax: 435-723-2013
Cache Rich	Bear River AOG HEAT Program - Logan 170 N Main Logan, UT 84321 Correo electrónico: heat@brag.utah.gov	Teléfono: 435-713-1444 Fax: 435-752-6962
Beaver Garfield Iron Kane Washington	Five County AOG HEAT Program 1664 S Dixie Drive, Unit L-104 St George, UT 84770 Correo electrónico: online.heat@fivecounty.utah.gov	Teléfono: 435-652-9643 Fax: 435-652-8008
Davis Morgan Weber	Futures Through Training 3564 Lincoln Ave., Suite 4B Ogden, UT 84401 Correo electrónico: heatprogram@ftinc.org	Teléfono: 801-394-9774 Fax: 801-394-9841
Summit Utah Wasatch	Mountainland AOG HEAT Program 478 South Geneva Road Vineyard, UT 84059 Correo electrónico: heat@magutah.org	Teléfono: 801-229-3855 Fax: 801-229-3670
Juab Millard Piute Sanpete Sevier Wayne	Six County AOG HEAT Program PO Box 820 Richfield, UT 84701 Correo electrónico: hcap@sixcounty.com	Teléfono: 435-893-0745 Fax: 435-893-0750
Carbon Emery Grand San Juan	Southeastern Utah ALG HEAT Program PO Box 1106 Price, UT 84501 Correo electrónico: heat@seualg.utah.gov	Teléfono: 435-613-0100 Fax: 435-637-6551
Daggett Duchesne Uintah	Uintah Basin AOG HEAT Program 330 E 100 S Roosevelt, UT 84066 Correo electrónico: ubaogheat@ubaog.org	Teléfono: 435-722-5218 Fax: 435-722-4890

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares (adaptación) y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten llamando al # 801-526-9240.

Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a "Relay Utah" marcandao al 711.

Relay Utah en español: 1-888-346-3162.



State of Utah
Department of Workforce Services
**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA
ENERGÉTICA (HEAT) / HELP/ EAF
(OBJETIVO DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA EL HOGAR)
Y PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA**

1. Información del solicitante

Nombre: _____ Fecha: _____
Primero / Segundo / Apellido

Número de Seguro Social: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____
Mes/día/año

Dirección del hogar: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal si es diferente: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono secundario: _____

Dirección de correo electrónico: _____

2. ¿Ha solicitado Asistencia Energética (HEAT) anteriormente? Sí No

3. Origen étnico: Nativo americano Blanco Hispano Negro Asiático
 Isleño del pacífico Otro: _____

4. ¿Eres un ciudadano de los Estados Unidos? Sí No
Si no, proporcione documentación de residencia legal.

5. Otras personas en la residencia. Incluya a todos los demás adultos y niños:
(Continúe en la parte posterior si es necesario).

Nombre (nombre, apellido)	Relación	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Edad	Número del Seguro Social	Sexo M / F	Ingresos S O N	Ciudadano S O N

Nombre (nombre, apellido)	Relación	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Edad	Número del Seguro Social	Sexo M / F	Ingresos S O N	Ciudadano S O N

6. Composición del hogar:

Niño menor de 6 años Sí No Reciben SNAP (Cupones para Alimentos) Sí No
 60 años o más Sí No Veterano estadounidense/ Servicio militar: Sí No
 Ciudadanos estadounidenses (¿todos?) Sí No
 Minusválido//Discapacitado Sí No **En caso afirmativo**, describa la discapacidad:

Cantidad de adultos: _____ Cantidad de niños (menores de 18 años): _____ Cantidad total de miembros en el hogar: _____

7. Su vivienda es una (marque una):

Casa Dúplex Remolque pequeño (debe tener dirección permanente)
 Casa móvil Condominio Casa adosada
 Apartamento (3 o más unidades) Apartamento en el sótano

8. ¿Usted alquila o es dueño de su casa? Alquilo Dueño

¿Cuál es su principal fuente de calefacción? Gas Electricidad Propano Aceite
 Madera Carbón / Vapor Otro Ninguno

¿Cuál es su fuente secundaria de calefacción? Gas Electricidad Propano Aceite
 Madera Carbón / Vapor Otro Ninguno

¿Cuál es su principal fuente de refrigeración? Aire central Ventilador / refrigerador evaporativo / otro
 Ventana de la unidad Ninguno

9. ¿Cuánto cuesta el pago mensual de su alquiler / hipoteca? \$ _____

¿Su alquiler está subvencionado? Sí No

10. ¿Su renta incluye servicios públicos y / o agua? Sí No

¿Qué servicios? _____

11. El pago de Asistencia Energética (HEAT) debe emitirse a los siguientes proveedores de servicios públicos en los porcentajes que se enumeran a continuación (100%, 50 / 50% o 25 / 75%). El proveedor de servicios públicos y el porcentaje no se pueden cambiar después de enviar la solicitud. Asegúrese de marcar el estado de la cuenta de cada servicio. Si marca 48 horas, debe incluir una copia del aviso de terminación del servicio en 48 horas. Para propano, marque CONECTADO si tiene combustible, DESCONECTADO si se queda sin combustible y 48 H si se quedará sin combustible dentro de las 48 horas. **Se deben enviar copias de todas las facturas de servicios públicos y avisos de desconexión a la Agencia de Asistencia Energética / Agua para su verificación.**

Nombre de los Proveedores de servicios públicos	Porcentaje de beneficio	Estado de la cuenta	Número(s) de cuenta de servicios públicos	Nombre en la cuenta (dar una explicación si no es solicitante)
		<input type="checkbox"/> Conectado <input type="checkbox"/> Desconectado <input type="checkbox"/> 48 H		
		<input type="checkbox"/> Conectado <input type="checkbox"/> Desconectado <input type="checkbox"/> 48 H		

Nombre del proveedor de electricidad y número de cuenta si no se incluye arriba:

12. ¿Se han desconectado sus servicios de agua potable o aguas residuales?.... Sí No

13. ¿Tiene un aviso de desconexión / cierre de su suministro de agua o de servicios de aguas residuales? Sí No

14. ¿Tiene tarifas y atrasos que se deben pagar antes de que se le restablezcan los servicios de agua? Sí No

Tipo de tarifa (reconexión, atrasos, gravamen, etc.)	Monto	Fecha en que se cortó el agua o se pretende cortarla

15. Se emitirá un pago de asistencia de agua a los siguientes proveedores de agua si sus servicios de agua han sido desconectados o si ha recibido un aviso de desconexión de agua. Marque CONECTADO si su factura de agua está al día. Marque DESCONECTADO si se ha desconectado el agua o 48 H si tiene un aviso de desconexión. **Se deben enviar copias de todas las facturas de agua y avisos de desconexión a la Agencia de Asistencia Energética / Agua para su verificación.**

Nombre de los Proveedores de agua	Tipo de facturación del agua (potable, aguas residuales, aguas subterráneas, agua de lluvia)	Estado de la cuenta	Número de cuenta del agua	Nombre en la cuenta
		<input type="checkbox"/> Conectado <input type="checkbox"/> Desconectado <input type="checkbox"/> 48 H		
		<input type="checkbox"/> Conectado <input type="checkbox"/> Desconectado <input type="checkbox"/> 48 H		
		<input type="checkbox"/> Conectado <input type="checkbox"/> Desconectado <input type="checkbox"/> 48 H		
		<input type="checkbox"/> Conectado <input type="checkbox"/> Desconectado <input type="checkbox"/> 48 H		

16. Ingresos: Indique qué fuentes de ingresos y / o asistencia reciben usted y cualquier persona que viva en su hogar. Adjunte todos los talones de pago y la documentación de todos los demás ingresos del **MES PASADO**. Cualquier adulto en el hogar sin ingresos o sin ganancias comerciales netas debe completar e incluir el formulario 880 Declaración de déficit de ingresos del hogar, que se encuentra en <https://jobs.utah.gov/housing/scso/seal/documents/880.pdf>.

Los ingresos documentados corresponden al mes de: _____

Tipo de ingreso ganado	S / N	Nombre del destinatario	Fecha de pago	Monto bruto	¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso? (semanal, quincenal, dos veces al mes, mensual)
Empleo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Empleo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Empleo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Empleo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Autónomo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Autónomo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				

Tipo de ingreso no ganado	S / N	Nombre del destinatario	Fecha de pago	Monto bruto	¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso? (semanal, quincenal, dos veces al mes, mensual)
Seguro Social, SSI, SSD	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Seguro Social, SSI, SSD	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Seguro Social, SSI, SSD	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Desempleo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Desempleo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
A anualidad	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Manutención infantil	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Pensión	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Pagos fiduciarios	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Alquiler	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Jubilación	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Asistencia general / pagos de otros beneficios	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
Compensación de trabajadores	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
OTRO:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				

Adjunte una hoja adicional si es necesario para proporcionar información de todas las fuentes de ingresos para todos los miembros del hogar.

17. Deducciones médicas: Enumere las primas de seguro médico, dental u oftalmológico, los pagos por medicamentos recetados, oxígeno, anteojos / lentes de contacto, audífonos y los pagos a médicos, hospitales o clínicas médicas / dentales pagados el **MES PASADO**. Todos los recibos deben estar pagados en el mismo mes que el mes de ingresos indicado en el punto 16. (Adjunte una hoja adicional si es necesario).

Nombre de la persona	Tipo de gasto médico	Comprobante de pago	Fecha de pago	Monto pagado

18. Deducciones de pensión alimenticia / manutención infantil: ¿Pagó usted o alguien de su hogar una pensión alimenticia o manutención infantil **EL MES PASADO**? Sí No

En caso afirmativo, debe incluir copias de los recibos con esta solicitud. Todos los recibos deben estar pagados en el mismo mes que el mes de ingresos indicado en el punto 16.

DECLARACIÓN: Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y que dar información falsa puede resultar en que mi solicitud sea denegada, que se me excluya del programa o que yo deba pagar la diferencia entre cualquier monto que reúna los requisitos o que no los reúna. Entiendo que ni el proveedor ni el porcentaje de mi pago de Asistencia Energética / Agua pueden cambiarse. Acepto cooperar con los funcionarios estatales y federales en cualquier revisión de mi solicitud y proporcionar la información necesaria para verificar cualquier declaración contenida en este documento. Doy permiso para que mis compañías de servicios públicos proporcionen mi información de facturación y uso al estado de Utah y a las agencias locales de Asistencia Energética / Agua para determinar mi elegibilidad. Además, autorizo a los funcionarios del programa de Asistencia Energética / Agua a compartir la información de mi solicitud y expediente, lo que incluye mi información privada y personal, con dichas entidades según lo autorice la ley. Entiendo que si no proporciono la información necesaria para establecer mi elegibilidad dentro de los 10 días siguientes a partir de esta fecha, mi solicitud puede ser denegada. Además, entiendo que si los fondos federales de Asistencia Energética / Agua se agotan antes de procesar esta solicitud, el Estado de Utah no tiene la obligación de realizar el pago. Entiendo que si mi solicitud es denegada o si la oficina local no ha actuado sobre mi solicitud dentro de los 45 días, tengo derecho a solicitar una audiencia imparcial. Verifico que, si soy elegible, me gustaría recibir el programa de descuento HELP de Rocky Mountain Power (RMP) y el crédito del Fondo de Asistencia de Energía de Dominion Energy (EAF).

/s/ _____
Firma

_____ **Fecha**

Si cree que el programa de Asistencia Energética / Agua lo ha tratado injustamente, llame al 866-205-4357 para obtener ayuda.

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares (adaptación) y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten llamando al # 801-526-9240. Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a "Relay Utah" marcandao al 711. Relay Utah en español: 1-888-346-3162.