HEAT 873-SP
Rev. 10/2026

State of Utah
Department of Workforce Services

INSTRUCCIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA (HEAT) / HELP / EAC (OBJETIVO DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA EL HOGAR)

Instrucciones para la solicitud de ASISTENCIA ENERGÉTICA (HEAT):

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 los ingresos no son suficientes para cubrir los gastos básicos del hogar, incluya el formulario 880-SP Declaración de déficit de ingresos del hogar (que se encuentra en https://jobs.utah.gov/heat, debidamente completado.
- 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 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 (que se encuentra en https://jobs.utah.gov/heat

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, podría ser denegada.

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

Programa de ASISTENCIA ENERGÉTICA 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	**SÓLO CORREO:** Utah Community Action HEAT Program 1307 S 900 W Salt Lake City, UT 84104 Correo electrónico: heat@utahca.org	Teléfono: 1-844-214-3090 Fax: 801-214-3212 **DIRECCIÓN FÍSICA:** 3060 S Lester St (3100 S) West Valley City, UT 84119
Box Elder Cache Rich	Bear River AOG HEAT Program 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 c/o HEAT Program 1070 W 1600 S, Bldg. B St George, UT 84770 Correo electrónico: css.online@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@fttinc.org	Teléfono: 801-394-9774 Fax: 801-394-9841
Summit Utah Wasatch	Mountainland AOG HEAT Program 282 W. River Bend Lane Provo, UT 84604 Correo electrónico: heat@magutah.gov	Teléfono: 801-229-3855 Fax: 801-229-3670
Juab Millard Piute Sanpete Sevier Wayne	R6 Regional Council HEAT Program 82 E 600 N Richfield, UT 84701 Correo electrónico: hcap@r6.utah.gov	Teléfono: 435-893-0745
Carbon Emery Grand San Juan	Southeastern Regional Development Agency HEAT Program PO Box 1106 Price, UT 84501 Correo electrónico: heat@serda.utah.gov	Teléfono: 435-613-0100 Fax: 435-637-5448
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

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

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares (adaptación) y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo solicten 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.

HEAT 874-SP
Rev. 10/2026

State of Utah
Department of Workforce Services

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA (HEAT) / HELP/ EAC (OBJETIVO DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA EL HOGAR)

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: _____

a. ¿Está usted o alguien en su hogar afiliado con un tribu nativo americano? ◯ Sí ◯ No

Si su respuesta es "si", complete el formulario de acuerdo tribal DWS-HCD 885 que se encuentra en: https://jobs.utah.gov/heat

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
					◯ F ◯ M	◯ Sí ◯ No	◯ Sí ◯ No
					◯ F ◯ M	◯ Sí ◯ No	◯ Sí ◯ No
					◯ F ◯ M	◯ Sí ◯ No	◯ Sí ◯ No
					◯ F ◯ M	◯ Sí ◯ No	◯ Sí ◯ No

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
					◯ F ◯ M	◯ Sí ◯ No	◯ Sí ◯ No
					◯ F ◯ M	◯ Sí ◯ No	◯ Sí ◯ No
					◯ F ◯ M	◯ Sí ◯ No	◯ Sí ◯ No

6. Composición del hogar:

Niño menor de 6 años ……..... ◯ Sí ◯ No

60 años o más ……..…… ◯ Sí ◯ No

Reciben SNAP (Cupones para Alimentos) ..……. ◯ 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 Si es así, ¿cuál es su parte del alquiler? $ _____

10. ¿Su renta incluye servicios públicos? ..... ◯ Sí ◯ No

¿Qué servicios? _____

11. Crisis:

a. ¿Recibe una notificación de corte de suministro de 48 horas, menos de 10 % de combustible o se le corta el suministro debido a un acontecimiento repentino o inesperado que está fuera de su control?..... ◯ Sí ◯ No

b. En caso afirmativo, ¿alguien en la vivienda tiene una afección médica que requiera el uso de una fuente de energía para operar un dispositivo médico o almacenar medicamentos? ◯Sí ◯No

i. En caso afirmativo, indique el nombre del integrante de la vivienda: _____

12. 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 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)
	◯25% ◯50% ◯75% ◯100%	◯ Conectado ◯ Desconectado ◯ 48 H		
	◯25% ◯50% ◯75% ◯100%	◯ Conectado ◯ Desconectado ◯ 48 H		

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

_____

13. 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/heat

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	☐ S ☐ N				
Empleo	☐ S ☐ N				
Empleo	☐ S ☐ N				
Empleo	☐ S ☐ N				
Autónomo	☐ S ☐ N				
Autónomo	☐ S ☐ 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	☐ S ☐ N				
Seguro Social, SSI, SSD	☐ S ☐ N				
Seguro Social, SSI, SSD	☐ S ☐ N				
Desempleo	☐ S ☐ N				
Desempleo	☐ S ☐ N				
Pensión alimenticia	☐ S ☐ N				
Anualidad	☐ S ☐ N				
Manutención infantil	☐ S ☐ N				
Pensión	☐ S ☐ N				
Pagos fiduciarios	☐ S ☐ N				
Alquiler	☐ S ☐ N				
Jubilación	☐ S ☐ N				
Asistencia general / pagos de otros beneficios	☐ S ☐ N				
Beneficios para veteranos	☐ S ☐ N				
Compensación de trabajadores	☐ S ☐ N				
OTRO:	☐ S ☐ N				

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

14. 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 punto16.

15. 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

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 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 para determinar mi elegibilidad. Además, autorizo a los funcionarios del programa de Asistencia Energética 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 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 de Asistencia Energética (EAC) de Enbridge Gas.

/s/_____ _____

Firma **Fecha**

Si cree que el programa de Asistencia Energética 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 solicten 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.