

**SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL AIRE ACONDICIONADO – VENTILACIÓN**  
**RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE**

*Solicitudes aceptadas desde el 15 de junio hasta el 15 de agosto*  
 ¿En qué ciudad o condado vive? \_\_\_\_\_

**PARTE I**

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Método de contacto preferido – **RODEE CON UN CÍRCULO UNO** de los métodos de contacto anteriores

Dirección física/de servicio \_\_\_\_\_ Ciudad/ Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Idioma principal que se habla en su hogar \_\_\_\_\_

Dirección de correo \_\_\_\_\_ Ciudad/ Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Método preferido de correspondencia

Si desea recibir un mensaje de texto o un correo electrónico para notificarle que puede acceder electrónicamente a algún correo acerca de sus beneficios a través de CommonHelp, seleccione una de las opciones de la parte inferior. Facilite un número de teléfono móvil o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija su método electrónico de correspondencia preferido, se utilizará para todos los programas en el caso para el que haya presentado su solicitud. Si no elige recibir notificaciones mediante un mensaje de texto o un correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del servicio de correos de Estados Unidos. Si realiza una solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, se le enviará a usted por correo toda la correspondencia. El solicitante puede contactar con el departamento local de Servicios Sociales para informarse de cómo cambiar el método de correspondencia.

Mensaje de texto  Correo electrónico Teléfono móvil para mensaje de texto: \_\_\_\_\_ Proveedor de servicios de telefonía móvil: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**PARTE II**

1. ¿Cuál es su necesidad de aire acondicionado - ventilación? (Marque todas las que correspondan)

- Pago del depósito de electricidad  Pago de la factura de electricidad  Recogida de un ventilador portátil  Auto-recogida e instalación de una ventana de aire acondicionado  
 Compra e instalación de un acondicionador de aire de ventanilla por un proveedor aprobado del programa de asistencia energética  ¿tiene por lo menos un aire acondicionado de trabajo en su casa?  Si  No  
 (usted no puede recibir un acondicionador de aire de la ventana si usted tiene ya un acondicionador de aire de trabajo de cualquier tipo en su hogar. La agencia local puede llamarle o visitar su casa para confirmar que no tiene un acondicionador de aire de trabajo.)  
 Reparación del aire acondicionado central o bomba de calefacción  Compra/instalación de ventilador de cielo raso, del ático o de toda la casa  Reparación del ventilador de cielo raso o del ático o de toda la casa

2. Haga un círculo en la letra que mejor describe su situación de vida actual. Lea cada una antes de elegir. Encierre sólo una opción.

- A. Soy propietario o estoy comprando mi casa y pago todas las facturas de aire acondicionado.  
 B. Soy propietario o alquilo mi casa y no pago factura de aire acondicionado.  
 C. Pago el alquiler y también el aire acondicionado separadamente.  
 D. Pago el alquiler y el aire acondicionado está incluido en el pago del alquiler.  
 E. Vivo en una vivienda subsidiada, Sección 8, HUD, ó vivienda pública y pago ocasionalmente los cargos por el consumo extra.  
 F. Vivo en una vivienda de la Sección 8, HUD, ó vivienda subsidiada y pago regularmente algunas o todas mis facturas de aire acondicionado.  
 G. Vivo en una habitación en la casa de otra persona.  
 H. Vivo en una institución, vivienda colectiva, centro de tratamiento u hogar para adultos.  
 I. No pago alquiler y vivo en más de una habitación, casa o apartamento y pago por la calefacción/aire acondicionado.  
 J. Vivo en un refugio de emergencia o no tengo hogar. He hecho un arreglo para mudarme a una casa, apartamento o a más de una habitación.

3. ¿Son todas las personas que viven en su hogar ciudadanos estadounidenses?  SÍ  NO Si su respuesta es no, ¿quienes no lo son? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el estatus migratorio de esas personas? \_\_\_\_\_

4. ¿Esta' alguien en su hogar discapacitado?  SÍ  NO Si su respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuántas personas viven en su hogar? # \_\_\_\_\_

6. ¿Hay alguien fuera de casa temporalmente?  SÍ  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿En qué fecha se espera que regresa? \_\_\_\_\_

Identifíquese usted primero y luego todas las personas que viven en su hogar. **Propvea el numero de Seguro Social para cada una de las personas que viven en su casa.** Complete la información para cada persona.

NOMBRE	RELACIÓN CON LA PERSONA EN LA LÍNEA 1	Nº del SEGURO SOCIAL	GENORO (M.F)	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	HISPANO O LATINO		TRABAJA		CANTIDAD DE INGRESO MENSUAL BRUTO	INGRESOS PAGADOS semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes, mensualmente	INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS Ingresos por trabajo (indique el Nombre del empleador/Empresa); auto-empleo, Seguro Social; SSI; Beneficios para veteranos; pensión alimentación de menores; etc.
						Sí (S)	No (N)	Sí (S)	No (N)			
	<b>Persona que responde</b>											

7. **Encierre en círculo TODOS los tipos de ingresos del hogar:** Empleo o trabajo por cuenta propia      Desempleo      Compensación para el trabajador      Ingreso de alquiler  
 Pensión alimenticia      Manutención infantil      Seguro social      SSI      Beneficio de Veteranos      Pension de Jubilados      TANF      Subsidio general  
**Otro:** especifique \_\_\_\_\_

8. ¿Usted recibe pagos de la División de Cumplimiento de Manutención de Niños?      SÍ      NO ¿Por cuánto? ¿Quién paga la manutención del menor? \_\_\_\_\_

9. ¿Recibe algún miembro del hogar beneficios SNAP (anteriormente cupones de alimentos, Food Stamps)?      SÍ      NO Si su respuesta es sí, nombre del caso \_\_\_\_\_

10. ¿Recibe algún miembro de su hogar Medicaid?      SÍ      NO Si su respuesta es sí, nombre del caso \_\_\_\_\_

11. ¿Recibe Medicaid Home & Community-Based Care (Cuidado en el hogar de Base Comunitaria)?      SÍ      NO Si su respuesta es sí, ¿quién lo recibe? \_\_\_\_\_  
 El pago del paciente es \$ \_\_\_\_\_

12. ¿Alguien paga seguro de Medicare, Parte B?      SÍ      NO Parte D?      SÍ      NO Si su respuesta es sí, ¿quién lo paga? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \$ \_\_\_\_\_

13. **Encierre en círculo todos los tipos de equipo de aire acondicionado-ventilación que hay en su hogar.** Ninguno      Ventilador Portatil      Ventilador de cielo raso      Ventilador para ático  
 Ventilador para toda la casa      Aire acondicionado de ventana      Unidad de aire acondicionado central      Bomba de calefaccion

14. ¿Funciona el equipo de aire acondicionado que hay en su hogar?      SÍ      NO Si su respuesta es **NO**, enumere todo el equipo que **NO** funciona \_\_\_\_\_

15. ¿Quién es el dueño o responsable del equipo de aire acondicionado en su hogar? \_\_\_\_\_

16. Nombre y dirección de la compañía de aire acondicionado en su casa \_\_\_\_\_

*Se necesita verificación de la compañía de servicio si usted acondiciona el aire de su hogar con electricidad. Adjunte una copia de su factura de electricidad más reciente. Complete lo siguiente:*

¿A nombre de quién está la factura? \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_ ¿Quién es el responsable de pagar la factura? \_\_\_\_\_

El pago es a través de retiro mensual automático? Si      No      O pago por débito o crédito? Si      No      ¿Tiene una cuenta de servicio eléctrico pague por adelantado? Si      No     

17. ¿En qué otro lugar solicitó esta asistencia? \_\_\_\_\_

18. ¿Tiene gastos de calefacción?      SÍ      NO Si su respuesta es **SÍ**, ¿qué tipo de energía utiliza? **Encierre en círculo** la energía que utiliza con más frecuencia para calentar su hogar.

**ENCIERRE EN CÍRCULO SÓLAMENTE UNA RESPUESTA.**

Electricidad      Gas natural      Petróleo      Kerosén blanco      Kerosén rojo      Carbón      Leña      Propano líquido (LP)/Gas envasado

19. Nombre y dirección de la compañía que usa para la calefacción de su hogar \_\_\_\_\_

20. ¿Cuál es el nombre que aparece en la cuenta de su factura de calefacción? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su número de cuenta con su compañía de calefacción? \_\_\_\_\_

21. Encierre en círculo el principal equipo de calefacción usado para calentar su hogar. Encierre sólo uno      Horno      Radiador      Calentador portátil      Calentador ventilado del espacio (calentador con el sistema exterior del extractor o del monitor)      Calentador de base de pared      Bomba de calefaccion      Chimenea      Estufa de leña/carbón

Estufa para cocinar      Ninguno      Desconocido

22. ¿Su hogar tiene algún monto adeudado por cuentas pasadas de electricidad?      SÍ      NO Si la respuesta es sí, ¿Cuál es la cantidad adeudada? \_\_\_\_\_

23. ¿Ha recibido en su hogar una notificación de corte de electricidad?      SÍ      NO Si la respuesta es sí, ¿Cuándo le desconectarán este servicio? \_\_\_\_\_

24. ¿Han desconectado el servicio de electricidad en su hogar?      SÍ      NO Si la respuesta es sí, ¿Cuándo fue realizado este corte del servicio? \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Certifico que la información mencionada arriba y en documentos adjuntos es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Notificaré al Departamento de Servicios Sociales dentro de 5 días si se produce algún cambio en mi situación. Entiendo que ningún miembro de mi hogar ni yo podemos vender mercancía comprada en mi nombre por medio del programa, a menos que el departamento local de servicios sociales haya otorgado el permiso para hacerlo. Todos los beneficios recibidos deben ser utilizados para el fin autorizado. Puedo presentar una queja si siento que me han discriminado debido a mi raza, color, nacionalidad, discapacidad, sexo, edad, opinión política, religión, orientación sexual o estatus civil o familiar. Si brindo información falsa, retengo información, no informo los cambios de inmediato o recibo asistencia para la cual no soy elegible, podría estar infringiendo la ley y podría ser procesado por perjurio, hurto y/o fraude. Si completé o ayudé a completar este formulario de solicitud y ayudé e induje al solicitante a obtener asistencia para la cual no es elegible, podría estar infringiendo la ley y ser procesado. Entiendo que el Departamento de Servicios Sociales puede utilizar la información de esta solicitud o puede comunicarse conmigo con fines de investigación, evaluación y análisis hasta donde sea permitido por la ley estatal o federal. Mi firma autoriza al Departamento de Servicios Sociales a obtener cualquier verificación para establecer la elegibilidad de mi hogar para recibir asistencia, o a dar información de mi archivo a otras organizaciones a las que he solicitado o recibido asistencia. Entiendo que, al proporcionar información de la cuenta de mi proveedor(es) de energía, estoy autorizando al(los) proveedor(es) de energía a proporcionar detalles acerca de mi cuenta y uso energético al DSS para propósitos de análisis y evaluación del programa. Acepto eximir y/o liberar de responsabilidad a mi(s) proveedor(es) de energía por cualquier reclamo, pérdida, demanda, daño u obligación de cualquier tipo originada o presuntamente originada por dicha divulgación.

**Firma del solicitante OR Mark:** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Testigo de Mark o intérprete:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Completado en nombre del solicitante por:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA  
HOJA INFORMATIVA DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA**

**¿Qué es el Programa de Asistencia Energética?**

El Programa de Asistencia Energética está constituido por tres componentes:

**Asistencia para combustible:** Este componente ayuda a los hogares calificados con el costo de la calefacción en sus viviendas.

**Asistencia en crisis:** Este componente ayuda a los hogares en situaciones de emergencia de calefacción con depósitos de garantía de calor primario, las facturas de servicios públicos de calefacción, reparación/reemplazo de equipos de calefacción, o combustible para calefacción primaria.

**Asistencia para refrigeración:** Este componente ayuda con la reparación o compras de equipos de refrigeración y con el pago de las facturas de electricidad para operar equipos de refrigeración.

**¿Quiénes son elegibles para el Programa de Asistencia Energética?**

Con el fin de ser elegible para cualquiera de los componentes, se deben seguir ciertos criterios de ciudadanía y de ingreso familiar, el cual **debe ser menor que el máximo permitido** según el número de personas que integran el hogar.

A continuación otros requisitos:

**Asistencia para combustible:** Usted se debe hacer responsable de pagar la factura de la calefacción.

**Asistencia en crisis:** Usted debe tener una emergencia referente a la calefacción.

**Asistencia para refrigeración:** Usted debe tener o estar en necesidad de equipos de refrigeración y debe haber un anciano, una persona que vive con una discapacidad, o niño menor de 6 viviendo en el hogar.

**¿Cuándo se hace disponible la Asistencia Energética?**

Se admiten solicitudes en línea (a través de <https://commonhelp.virginia.gov/access>), llamando al centro de servicio al cliente empresa en (855) 635-4370 como sigue, y en el local del Departamento de servicios sociales así:

**Asistencia para combustible:** del segundo martes de octubre al segundo viernes de noviembre.

**Asistencia en crisis:** Del 1 de noviembre al 15 de marzo para la asistencia relacionada con los equipos y depósitos de garantía.

Desde el primer día laboral de enero al 15 de marzo para compras de combustible de calefacción para la vivienda principal y el pago de las facturas de servicios públicos de calefacción.

**Asistencia para refrigeración:** Del 15 de junio al 15 de agosto.

**TODOS LOS BENEFICIOS DEPENDEN DE LA DISPONIBILIDAD DE FONDOS.**

**¿Cuánto tiempo tomará procesar mi solicitud?**

**Asistencia para combustible:** lo más pronto posible pero no más allá de finales de diciembre.

**Asistencia en crisis:** tan pronto como se proporcione toda la información requerida.

**Asistencia para refrigeración:** tan pronto como se proporcione toda la información requerida.

**¿Qué ocurre si no estoy satisfecho?**

Usted podrá solicitar una conferencia con la agencia para discutir cualquier hecho con el que no esté satisfecho. También podrá solicitar una audiencia administrativa por el Departamento de Estado de Servicios Sociales cuando haya fondos disponibles y le sea negada su solicitud, o si se le niega el derecho de aplicar durante el período de solicitud, o si su solicitud no ha tenido efecto o se cierra antes de la determinación del beneficio. La audiencia debe ser solicitada dentro de los 30 días de la medida negativa.

La solicitud de audiencia se podrá enviar a la agencia local o a: Director de Audiencia y Servicios Legales, Unidad de Apelaciones y Audiencias Imparciales, Departamento de Servicios Sociales de la Mancomunidad de Virginia, 801 East Main Street, Richmond, VA 23219-3301

**Si sospecha de fraude o abuso de cualquier índole, repórtelo a su Departamento Local de Servicios Sociales o llame al 1-800-552-3431.**

**El Departamento de vivienda y desarrollo comunitario de Virginia (DHCD) administra el programa de asistencia de climatización (WAP).** El WAP reduce el uso de energía doméstica a través de la instalación de medidas rentables de ahorro energético, que también mejoran la salud y la seguridad de los residentes. Medidas comunes que incluyen el sellado de fugas de aire, la adición de aislamiento y la reparación de sistemas de calefacción y refrigeración. DHCD trabaja con una red de organizaciones sin fines de lucro en todo el estado, que implementan directamente el programa.

Más información disponible en <https://www.dhcd.virginia.gov/wx>

032-01-0914-23-spa (06/19)

INSTRUCTIONS FOR  
ENERGY ASSISTANCE PROGRAM FACT SHEET

FORM NUMBER **-032-01-0914-23-eng (06/19)**

PURPOSE OF FORM –To provide answers to commonly asked questions on the program.

USE OF FORM – To be given to each walk-in applicant or anyone inquiring on the program.

NUMBER OF COPIES – Original.