



Community Action Team

Sirviendo a los condados Columbia, Clatsop and Tillamook



CARE

Lista de verificación de la solicitud de asistencia de servicios públicos

Gracias por su interés en solicitar nuestro Programa de Asistencia de Servicios Públicos. Esta solicitud se utilizará para determinar su elegibilidad.-

Este programa es por orden de llegada.

- **Tenga en cuenta que puede tardar entre 30 y 45 días en procesar su solicitud desde el momento en que la agencia la acepte.**

- **Es su responsabilidad proporcionar toda la documentación de respaldo cada vez que presente su solicitud.**

- Recuerde realizar pagos regulares en sus cuentas de servicios públicos para evitar la desconexión, ya que no podemos apresurar su solicitud debido a la falta de pago.

* PASO 1 Complete la solicitud:



- Información demográfica completa del hogar: Enumere los nombres legales completos (incluido el segundo nombre completo), la fecha de nacimiento, el número de seguro social y los datos demográficos de todas las personas que se hospedan en esta residencia (incluso si no contribuyen a los gastos del hogar).
- Indique el número de teléfono actual, la dirección física y la dirección postal



Firme el descargo de responsabilidad de la solicitud en la página 5.



* PASO 2 Proporcionar documentación para el hogar:

Identificación

- Identificación con foto para todos los adultos (18+)
- Copia de la tarjeta de seguro social de todos los miembros del hogar.



Prueba de Ingresos

- Carta de beneficios del Seguro Social (año en curso)
- Talones de cheque (durante los últimos 30 días a partir de la fecha de firma de la solicitud)
- Trabajo por cuenta propia (solicitar hoja de trabajo a la agencia)
- Manutención de los Hijos
- Desempleo (reclamo semanal de la solicitud) TANF
- Si no tiene ingresos, trabajo ocasional o ingresos informales: complete el formulario de Declaración de Ingresos Personales para cualquier persona mayor de 18 años (esto incluye a los niños que tienen 18 años y aún están en la escuela)

Servicio públicos



- Factura de servicios públicos de electricidad, Northwest Natural, petróleo y/o agua (dentro de los últimos 90 días)
- Si está buscando ayuda para otras fuentes de energía (pellets, madera, propano), proporcione recibos ☐
- ¿Su servicio público está incluido en su alquiler? Solicite la carta del arrendador a la agencia.

Información Importante

❖ Solicite la carta de beneficios del Seguro Social

Crear una cuenta de My Social Security en www.ssa.gov

OR Call: 1-800-772-1213

OR Visite una oficina del Seguro Social

*Nota: Los estados bancarios no se aceptan como prueba De Beneficios del Seguro Social

❖ Solicite su tarjeta de Seguro Social:

www.ssa.gov/number-card/replace-card

O Visite una oficina local del Seguro Social

❖ Obtenga un comprobante de sus beneficios de desempleo:

www.oregon.gov/EMPLOY/Pages/default.aspx

Ver el estado del informe semanal. El nombre impreso DEBE estar en el formulario.

❖ Obtenga un comprobante de beneficios de manutención de menores a través del estado de Oregón:

www.doj.state.or.us/child-support

❖ Obtenga comprobante de los beneficios de TANF:

<https://one.oregon.gov/>

❖ Servicios para clientes sordos o con discapacidad auditiva:

El Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de Oregón es un servicio que conecta a las personas sordas y/o con discapacidad auditiva por teléfono.

TTY/Voice 1-800-735-2900

Número de contacto para TTY/Voz: 1-800-223-3131 Horario: 9 a.m. al mediodía, 1 p.m. a 5 p.m.

Para utilizar este servicio, marque el número indicado anteriormente. Dele al agente el número al que le gustaría llamar y él o ella permanecerá en la línea para transmitir la conversación. Puede comunicarse directamente con la persona con la que se comunicó. Todas las llamadas y la información son confidenciales.

60% of State Median Income by Household Size
For Use in Federal Fiscal Year 2024
Estimated State Median by Household Size-Source HHS

Household Unit Size	Annual Gross Income*	Monthly Gross Income*
1	\$33,427	\$2,785.58
2	\$43,712	\$3,642.67
3	\$53,997	\$4,499.75
4	\$64,282	\$5,356.83
5	\$74,567	\$6,213.92
6	\$84,852	\$7,071.00
7	\$86,781	\$7,231.75
8	\$88,709	\$7,392.42
9	\$90,638	\$7,553.17
10	\$92,566	\$7,713.83
11	\$94,494	\$7,874.50
12	\$96,423	\$8,035.25
Each Additional Member	\$1,929	\$160.75

* Gross income means all household income before any deductions

Community Action Team, Inc. (Columbia County)

Fax: (503) 397-3290
Teléfono: (503) 397-3511
Email: energy@cat-team.org
Correo: 125 N 17th St
Saint Helens, OR 97051

Community Action Resource Enterprise (Tillamook County)

Fax: 1-855-631-4261
Teléfono: (503) 842-5261
Email: energy@cat-team.org
Correo: 2310 1st St, Suite 2
Tillamook, OR 97141

Clatsop Community Action (Clatsop County)

Fax: (503)-325-1153
Teléfono: (503) 325-1400
Email: energyassistance@ccaservices.org
Correo: 364 9th St
Astoria, OR 97103

Authorization Number

Applicant Legal Name (Last, First)



Community Action Team - UTILITY ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION

Please refer me to:

- Climatización
- Educación Energetica
- Asistencia al Propietario
- Asistencia de Alquiler Pida la Plicación
- Asistencia para nuevos Padres
- Head Start – Aplique en línea
- Reparaciones al hogar
- Programa de adultos mayores

Informacion Client	Applicant	Total De personas			Tipo de Hogar			Office Use only		Idioma	Genero	Etnicidad (Hispano o no Hispano)	Raza	O- Tribu	Educación Completada	Deshabilitado(Y/N)	Veterano (Y/N)	Confinado a casa (Y/N)	Beneficios no monetarios (e.g. SNAP, OHP, MCARE, WIC)
		residence:			(Circle One):			SSN Code	Adult IDV										
		Adultos, No Niños			Aultos y Niños/ no de la fam.														
		Nombre Legal (Primer, Segundo, Apellido)	Relación con el jefe del hogar	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Padre Soltero	Madre Soltera												
	A		Yo																
	B																		
	C																		
	D																		
	E																		
	F																		
	G																		
	H																		

Contacto	Número de Telefono		Correo electrónico		Como prefiere ser contactado
	A				
	B				

Dirección postal: <input type="checkbox"/> La dirección postal es la misma que la dirección física									
Dirección:			Apartamento / espacio #:		PO BOX				
Ciudad:		Estado:		Codigo postal:					
Dirección física (si es diferente de la dirección postal):									
Calle:			Apartamento / espacio #:						
Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:					
Condado: Columbia / Clatsop / Tillamook									
Tipo de vivienda (Encierre en un círculo uno)		Estado de residencia (marque uno)		Subsidio (Marque uno)		¿Qué servicios públicos pagas ? (marque con un círculo todo lo que corresponda)		Calefacción y refrigeración:	
H Casa	A Móvil / Fabricado M	R Renta	O dueño	¿Recibe asistencia continua para el alquiler de HUD, Sección 8, VASH u otro subsidio? Si / No		E Eléctrico*	W Madera*	¿Cómo enfrías tu casa? Unidades de aire acondicionado / Ventiladores	
M Apartamento / dúplex (2-4 Unidades)	E Hotel / Motel	La Electricidad esta incluido en la renta: Si / No				N Gas Natural	P Pellet*	¿Está funcionando su sistema de calefacción ? Si / No	
U Apartamento (mas de 4 unidades)	T Remolque					O Aceitel*	H Agua		
	R Otro _					L Propano/Liquido*	T Otro _		
						Caliento mi casa con: <input type="text"/>			
						**Si Desea que su pago se divida, llame o envíe un correo electrónico al persona			

Authorization Number

Nombre legal del aplicante (Apellido,

STOP - secciones sombreadas solo para uso de de oficina

Income	Fuente de ingreso (e.g. Seguro Social, Empleador, Pension alimenticia, TAN)	Type	Income Ver.	Gross Amount	Freq.	Annual Amount	

STOP - secciones sombreadas solo para uso

Total Annual Income:

Account Status (circle) Current / Past Due / Shut off 1-5 days / Shut off 0-24 hours / Disconnected / Bulk Fuel

Matrix Energy Type:

Program	Vendor:	Account #:	Name on account:	Authorized Amount:	
				Vendor Amount:	
				Vendor Amount:	

Comments:

Agency Certification: The above named applicant has met the income eligibility requirements for the State of Oregon low-income energy assistance programs and is authorized to receive assistance in the amount above.

Intake/Data Entry Worker

Date

Authorizing Agency Signature

Date

Solicitud de Asistencia de Energía/Climatización—Divulgación y aprobación requerida de solicitante

PARTE 1: AVISO AL SOLICITANTE, DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE, RENUNCIA Y EXENCIÓN

Vigente a partir del 10/01/2022

- Yo, el solicitante, comprendo que los programas gubernamentales de asistencia de energía y climatización son voluntarios y mi solicitud está sujeta a un proceso de revisión para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Comprendo que para que se considere la solicitud de mi hogar, debo presentar una solicitud completa que proporcione toda la información requerida.
- Comprendo que es posible que se me solicite que proporcione información o documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Comprendo que la solicitud de mi hogar y la información adicional o los materiales de documentación pasarán a formar parte de la solicitud de mi hogar (“Solicitud”).
- Comprendo que las determinaciones sobre la elegibilidad para recibir asistencia son tomadas por el Departamento de Servicios Comunitarios y de Vivienda de Oregón (Oregon Housing and Community Services, OHCS) del estado junto con las agencias subcesionarias contratadas (“Subcesionarias”).
- En caso de que se rechace la Solicitud de mi hogar, es posible que tenga derecho a una revisión de mi Solicitud en virtud de las Reglas Administrativas de Oregon aplicables.
- Tras la inscripción exitosa en los programas LIHEAP/OEAP, autorizo además a OHCS y al estado de Oregón, incluidos los subcontratistas designados, y las Subcesionarias de OHCS a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso en poder de OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) al Proveedor de servicios de energía (según se define a continuación) con el fin de administrar, monitorear, investigar y evaluar la entrega y eficiencia del programa LIHEAP/OEAP.
- Declaro que la información que proporciono para completar mi solicitud es verdadera y correcta.
- Acepto cumplir con los requisitos del programa de asistencia de energía y climatización del gobierno para los hogares elegibles.
- En caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de mi elegibilidad para estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus subcesionarias y/o contratistas.
- Acepto que soy responsable de devolver los fondos no elegibles o los fondos utilizados indebidamente.
- Autorizo y eximo de responsabilidad a OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso hasta un (1) año del programa después de mi participación en los programas LIHEAP/OEAP.

PARTE 2: AVISO, EXENCIÓN Y LIBERACIÓN DEL SOLICITANTE RELACIONADOS CON LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGÍA Y LA INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE SERVICIOS DE ENERGÍA DEL SOLICITANTE

- Entiendo que el estado de Oregon, incluidos OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias, puede solicitar información relacionada con mi cuenta (o cuentas) de servicios de energía (“Cuenta”) a mi proveedor (o proveedores) de servicios de energía, incluidos la empresa de servicios, el proveedor de

Intake Manual

combustible u otra entidad similar que preste servicios similares (“Proveedor de servicios de energía”), una vez que mi hogar solicite asistencia energética a través de uno de los programas de asistencia energética, incluidos, entre otros, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregón (OEAP).

- Comprendo que la información relacionada con mi Cuenta puede ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias a fin de, entre otras cosas, determinar la elegibilidad para la asistencia energética de mi hogar, y administrar, monitorear, investigar y evaluar los programas de asistencia energética (todo ello según lo determine OHCS a su entera discreción).

Con mi firma,

- Reconozco que soy el titular de la cuenta (o el agente autorizado del titular de la cuenta) para la cuenta (o cuentas) del proveedor de servicios de energía identificada en esta solicitud.
- Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi proveedor(es) de servicios de energía a divulgar y proporcionar toda la información relacionada con mi cuenta, incluidos, entre otros, el número de cuenta, el nombre de cuenta, la dirección de servicio, las fechas de facturación y los montos cobrados, la información relacionada con acciones de cobro, otros cargos e información varios de la cuenta, u otros datos similares de la cuenta que puedan solicitar OHCS o su subcontratista designado (en adelante, “Información de la cuenta”) al estado de Oregón, OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias. Comprendo y acepto que, en caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de cualquiera de estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus Subcesionarias y/o contratistas.
- Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi(s) Proveedor(es) de Servicios de Energía por dicha divulgación de la Información de mi Cuenta durante un máximo de dos (2) años del programa de asistencia energética (10/1 al 9/30) antes de mi Solicitud y durante tres (3) años del programa (10/1 al 9/30) después de que se presente mi Solicitud.
- Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias en el uso (según lo autorice OHCS a su entera discreción) de mi Información de cuenta divulgada.

PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma, por el presente, doy la autorización, aprobación y reconocimientos requeridos tanto a la PARTE 1 como a la PARTE 2 de esta SOLICITUD DE ASISTENCIA ENERGÉTICA/DE CLIMATIZACIÓN: DIVULGACIONES Y APROBACIONES REQUERIDAS DEL SOLICITANTE.

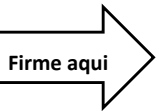
FIRME AQUÍ

Firma del solicitante _____

Fecha _____

NORTHWEST NATURAL CUSTOMERS – Firme Acontinuación:

Autorización para divulgar información. Al inscribirse con éxito en los programas OLGA/GAP, autorizo a los contratistas autorizados de OLGA/GAP de NW Natural a divulgar mi Solicitud y la información continua sobre los beneficios del programa OLGA/GAP en poder de los contratistas de OLGA/GAP al Proveedor de Servicios de Energía con el fin de administrar, monitorear, investigar, evaluar la entrega y eficiencia del programa OLGA/GAP, y evaluar la inscripción en el Programa de Descuento de Facturas del Proveedor de Servicios de Energía.



Firma del Apicante _____

OPCIONAL - DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN POR PARTE DE TERCEROS Consent:

Doy permiso para que CAT, CARE, CCA comparta e intercambie información con otros miembros del personal de las agencias que se enumeran a continuación con el fin de proporcionarme asistencia de servicios públicos durante un período de un año a partir de la fecha firmada a continuación.

- Agencias de acción comunitaria
- Columbia Community Mental Health
- Banco de Alimentos Local (Columbia Pacific, Turning Point,HOPE)
- Proveedores de atención médica
- Departamento de Servicios Humanos (DHS)
- Iglesia Locales
- San Vicente de Paúl
- Empleador
- Seccion 8/NOHA
- Propietario
- Otros: _____
- Otros: _____

- **Información cubierta:** Entiendo que, dependiendo de las políticas del programa anteriores o actuales, es posible que se necesite información sobre mi hogar o sobre mí mismo. La verificación y las consultas que se pueden solicitar incluyen, entre otras, las siguientes: Status of Utility Application •
Application Completeness and documentation needed
- Composición e ingresos declarados del hogar
- HMIS - Punto de servicio

Firma del Apicante _____

Fecha _____

Declaracion de ingresos Personal

Cada adulto con ingresos nulos o irregulares debe completar una Declaración de Ingresos Personales

Nombre del adulto que declara tener ingresos nulos/informales: _____

Nombre de la persona que completa este formulario (si es diferente): _____

Apoyo al hogar (obligatorio):

¿Cuánto paga su hogar por el alquiler o la hipoteca? \$ _____

¿Cómo paga el alquiler o la hipoteca? (Seleccione todas las que correspondan de la lista)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> My Ingresos | <input type="checkbox"/> Otros ingresos de miembros del hogar/compañeros de cuarto |
| <input type="checkbox"/> No tengo alquiler/hipoteca | <input type="checkbox"/> La familia/amigos pagan el alquiler/hipoteca directamente al arrendador/compañía hipotecaria |
| <input type="checkbox"/> Intercambio de trabajo | <input type="checkbox"/> La familia/amigos me dan dinero para pagar el alquiler/hipoteca |
| <input type="checkbox"/> Estoy atrasado enfrentando un desalojo/ejecución hipotecaria | <input type="checkbox"/> Ahorro |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Elija uno a continuación y complete (obligatorio):

- Recibo ingresos formales (marque todos los que correspondan):**
- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador | <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos | <input type="checkbox"/> Pensión de esposo |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo | <input type="checkbox"/> pensión Alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Beneficios tribales | <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza / Adopción | <input type="checkbox"/> Venta de Propiedades | <input type="checkbox"/> Estudio del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Ingreso del trabajo / Trabajo | <input type="checkbox"/> Renta de alquiler | <input type="checkbox"/> Fondo Fiduciario / Herencia | <input type="checkbox"/> pensión |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de trabajo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Otror: _____ | | |

**Nota: Se debe proporcionar una prueba bruta del pagador para estas fuentes.*

- Recibo ingresos informales (por ejemplo, venta de plasma, devoluciones de botellas de gaseosas, trabajos ocasionales, venta de artículos)**

Nota: Los trabajadores por cuenta propia o por encargo deben completar un formulario de trabajo por cuenta propia en su lugar.

Fuente de Ingresos: _____

Cantidad recibida en los últimos 30 días: \$ _____

How long have you received this income? _____

- Tengo cero ingresos:**
- ¿Cuánto tiempo llevas sin ingresos? _____
- ¿Cuál fue su última fuente de ingresos? _____
- ¿Cuál fue la fecha de su último cheque? _____ / _____ / _____
- ¿Cómo se paga la comida y los servicios públicos? _____

- Soy un estudiante de secundaria a tiempo completo**

Al firmar este formulario, certifico que la información indicada es verdadera y precisa. Estoy bajo pena de enjuiciamiento penal si la información falsa resulta en asistencia para la cual no soy elegible.

Firma

Fecha

Declaracion de ingresos Personal

Cada adulto con ingresos nulos o irregulares debe completar una Declaración de Ingresos Personales

Nombre del adulto que declara tener ingresos nulos/informales: _____

Nombre de la persona que completa este formulario (si es diferente): _____

Apoyo al hogar (obligatorio):

¿Cuánto paga su hogar por el alquiler o la hipoteca? \$ _____

¿Cómo paga el alquiler o la hipoteca? (Seleccione todas las que correspondan de la lista)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> My Ingresos | <input type="checkbox"/> Otros ingresos de miembros del hogar/compañeros de cuarto |
| <input type="checkbox"/> No tengo alquiler/hipoteca | <input type="checkbox"/> La familia/amigos pagan el alquiler/hipoteca directamente al arrendador/compañía hipotecaria |
| <input type="checkbox"/> Intercambio de trabajo | <input type="checkbox"/> La familia/amigos me dan dinero para pagar el alquiler/hipoteca |
| <input type="checkbox"/> Estoy atrasado enfrentando un desalojo/ejecución hipotecaria | <input type="checkbox"/> Ahorro |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Elija uno a continuación y complete (obligatorio)

- Recibo ingresos formales (marque todos los que correspondan):**
- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador | <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos | <input type="checkbox"/> Pensión de esposo |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo | <input type="checkbox"/> pensión Alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Beneficios tribales | <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza / Adopción | <input type="checkbox"/> Venta de Propiedades | <input type="checkbox"/> Estudio del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Ingreso del trabajo / Trabajo | <input type="checkbox"/> Renta de alquiler | <input type="checkbox"/> Fondo Fiduciario / Herencia | <input type="checkbox"/> pensión |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de trabajo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Otror: _____ | | |

**Nota: Se debe proporcionar una prueba bruta del pagador para estas fuentes.*

- Recibo ingresos informales (por ejemplo, venta de plasma, devoluciones de botellas de gaseosas, trabajos ocasionales, venta de artículos)**

Nota: Los trabajadores por cuenta propia o por encargo deben completar un formulario de trabajo por cuenta propia en su lugar.

Fuente de Ingresos: _____

Cantidad recibida en los últimos 30 días: \$ _____

How long have you received this income? _____

- Tengo cero ingresos:**
- ¿Cuánto tiempo llevas sin ingresos? _____
- ¿Cuál fue su última fuente de ingresos? _____
- ¿Cuál fue la fecha de su último cheque? _____ / _____ / _____
- ¿Cómo se paga la comida y los servicios públicos? _____

- Soy un estudiante de secundaria a tiempo completo**

Al firmar este formulario, certifico que la información indicada es verdadera y precisa. Estoy bajo pena de enjuiciamiento penal si la información falsa resulta en asistencia para la cual no soy elegible.

Firma

Fecha