



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP) Y EL PROGRAMA DE DESCUENTOS DE SERVICIOS PÚBLICOS (UDP)

Complete la información indicada a continuación. Si la información está incompleta o falta información se podrá rechazar o demorar su solicitud. Envíe esta solicitud, **junto con las copias de su certificado de ingresos, de las tarjetas de seguro social de todos los integrantes del grupo familiar conviviente, y de las facturas de gas, electricidad, teléfono y agua.**

1. Número de Seguro Social 2. Fecha de nacimiento 3. Fecha de la solicitud 4. Sexo: () Masculino () Femenino

5. Apellido del solicitante 6. Nombre del solicitante 7. Inicial del segundo nombre 8. Número de teléfono de contacto

9. Dirección: Calle y N.º 10. Apartamento N.º 11. Código postal 12. Subdivisión municipal (*Ward*) 13. Comisión Asesora para el Vecindario (*ANC*)

14. ¿Esa dirección es temporaria? Sí No

15. Tipo de vivienda: () De una familia () De varias familias / Multifamiliar 16. ¿Usted es el propietario? () Sí () No

17. Fuente principal de calefacción: () Eléctrica () Gas () Gasoil () Otra _____ 18. ¿La calefacción está incluida en el precio del alquiler? () Sí () No

19. Pague a este proveedor (seleccione uno (1)) PEPCO Washington Gas C&M Oil Griffith/Stuart Oil Otro _____

20. Número de cuenta: _____

21. Cantidad de miembros de la familia conviviente: _____ 22. Ingreso anual total de la familia conviviente: _____
 Semanal Bisemanal Mensual Quincenal Anual

23. Miembro del grupo familiar conviviente Número de Seguro Social Edad ¿Es discapacitado? Ingresos

24a. Miembro del grupo familiar conviviente Número de Seguro Social Edad ¿Es discapacitado? Ingresos

24b. Miembro del grupo familiar conviviente Número de Seguro Social Edad ¿Es discapacitado? Ingresos

25. PEPCO

Nombre del proveedor Número de cuenta de electricidad (Descuento de Ayuda Residencial - *Residential Aid Discount, RAD*) Nombre para facturación

26. Washington Gas

Nombre del proveedor Número de cuenta de gas (Servicio Residencial Esencial - *Residential Essential Services, RES*) Nombre para facturación

27. DC Water

Nombre del proveedor Número de cuenta de agua (Programa de Asistencia al Cliente - *Customer Assistance Program, CAP*) Nombre para facturación

Ratificación de la solicitud y autorización para la verificación de ingresos:

28. Manifiesto con carácter de declaración jurada que toda la información que incluí en esta solicitud y toda la información que presenté o presentaré para respaldar esta solicitud es verdadera y correcta, y que está completa, según mi leal saber y entender. Comprendo que si realizo declaraciones falsas, se me podrán aplicar sanciones de multa y/o prisión. Mi firma en esta solicitud otorga permiso al Departamento de Medio Ambiente del Distrito de Columbia (*District of Columbia Department of the Environment, DDOE*) para comunicarse con las personas que estime necesario a fin de verificar la información que proporcioné.
29. Comprendo que se me notificará en caso de que la financiación de asistencia para energía deje de estar disponible o si se rechaza mi solicitud.
30. Por la presente, autorizo a las compañías de servicios públicos a dar a conocer mi número de cuenta y la información de mi cuenta. Esto incluye la información sobre atrasos, a fin de que el DDOE y los organismos que actúan en su representación puedan evaluar la efectividad de los servicios que el DDOE presta a los consumidores.
31. **Autorización:** Por la presente, **AUTORIZO** _____ / **NO AUTORIZO** _____ al DDOE a proporcionar la información relacionada con mi cuenta a compañías de servicios públicos y a las Compañías de Telecomunicaciones Elegibles (*Eligible Telecommunications Carriers, ETCs*) únicamente para fines relacionados con la clasificación de tarifas y marketing de los Programas de Descuentos en Servicios Públicos (*Utility Discount Programs, UDP*), a otros organismos a los que yo pueda solicitar asistencia financiera, y para realizar verificaciones, investigaciones, evaluaciones y análisis.

Firma

Fecha

Comprendo que tengo la obligación de pagar mis facturas de servicios públicos, con independencia de la aprobación o el rechazo de esta solicitud.





SOLICITUD PARA EL PROGRAMA LIFELINE (LIFELINE PROGRAM)

NUEVA SOLICITUD

NUEVA CERTIFICACIÓN

PARA OBTENER UN DESCUENTO, SU NOMBRE DEBE COINCIDIR CON EL NOMBRE PARA FACTURACIÓN QUE FIGURA EN LA CUENTA.

1. Número de Seguro Social	2. Fecha de nacimiento	3. Fecha de la solicitud	4. Sexo: () Masculino () Femenino
5. Apellido del solicitante	6. Nombre del solicitante	7. Inicial del segundo nombre	8. Número de teléfono de contacto
9. Dirección: Calle y N.º 10. Apartamento N.º 11. Código postal 12. Subdivisión municipal (Ward) 13. Comisión Asesora para el Vecindario (ANC)			
14. Dirección para facturación			
15. ¿Esa dirección es temporaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
16. Tipo de vivienda: () De una familia () De varias familias / Multifamiliar		17. Cantidad de miembros de la familia conviviente: _____	
18. Ingreso anual total de la familia conviviente: _____			
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual			

El servicio Lifeline es un beneficio federal y si se realizan declaraciones falsas en esta solicitud se podrán aplicar sanciones de multas, prisión, anulación de la inscripción en el programa o expulsión permanente del programa. Se autoriza un solo beneficio de Lifeline por grupo familiar conviviente en el mismo domicilio, que comparta sus ingresos y gastos.

Para continuar recibiendo el servicio de Lifeline, la Comisión Federal de Comunicaciones (*Federal Communication Commission*) le exige que provea información adicional (lea más adelante). Si no proporciona información completa y precisa, esto podrá dar lugar a que no se le otorgue la provisión de servicio telefónico con descuento o un servicio de Lifeline.

Para solicitantes de Lifeline únicamente, usted debe firmar con sus iniciales para certificar, bajo pena de perjurio, lo siguiente:

- 1: _____ Reúno los requisitos necesarios en virtud de que cumplo con las pautas de ingresos del grupo familiar conviviente, o reúno los requisitos por cuanto actualmente recibo beneficios de (marque todos los que correspondan): TANF SNAP (cupones para alimentos) Medicaid SSI LIHEAP Ayuda Federal para Vivienda Pública (Sección 8) Programa Nacional de Almuerzos Escolares (Programa de Almuerzos Gratuitos)
(El grupo familiar conviviente se define como toda persona o grupo de personas que viven juntas en el mismo domicilio y comparten sus ingresos y gastos).
- 2: _____ Actualmente, ni yo ni ningún miembro de mi grupo familiar conviviente recibimos ningún otro servicio Lifeline de Safelink, TracFone u otro proveedor de servicio telefónico.
- 3: _____ Notificaré a la Compañía Elegible de Telecomunicaciones (*Eligible Telecommunications Carrier, ETC*), dentro de los 30 días, si dejo de reunir los requisitos para el servicio Lifeline con motivo de mi ingresos o debido a que ya no recibo beneficios provenientes de: programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families, TANF*), cupones alimentarios del Programa de Alimentación Suplementaria (*Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP*), Medicaid, Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (*Supplemental Security Income, SSI*), Solicitud para el Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Ingresos (*Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP*), Ayuda Federal para la Vivienda Pública (*Federal Public Housing Assistance*) (Sección 8), o Programa Nacional de Almuerzos Escolares – Programa de Almuerzos Gratuitos (*National School Lunch Program - Free Lunch Program*).
- 4: _____ Notificaré a la ETC, dentro de los 30 días, si un miembro de mi grupo familiar conviviente, incluido yo mismo, recibe más de un beneficio Lifeline, ya sea de Safelink, TracFone u otro proveedor de servicio telefónico.
- 5: _____ Notificaré a la ETC, dentro de los 30 días, si me mudo a otro domicilio.
- 6: _____ Si proporcioné una dirección temporaria, confirmaré esta información cada 90 días.
- 7: _____ Comprendo que la presentación de información falsa o fraudulenta para recibir un servicio Lifeline es punible por ley, y que, para continuar recibiendo el servicio Lifeline, debo recertificar anualmente la información brindada.
- 8: _____ Comprendo que la omisión de dicha recertificación dará lugar a la anulación de la inscripción o a la finalización de mi servicio de teléfono con descuento.
- 9: _____ La violación de la regla de "un servicio Lifeline por grupo familiar conviviente" dará lugar a la anulación de la inscripción y a la conversión a servicios de teléfono de tarifa plana. Lifeline no es un servicio transferible y comprendo que no estoy autorizado a transferir mi servicio Lifeline a otra persona.

Autorización: Por la presente, **AUTORIZO** _____ / **NO AUTORIZO** _____ al DDOE a proporcionar la información relacionada con mi cuenta a compañías de servicios públicos y a las Compañías de Telecomunicaciones Elegibles (*Eligible Telecommunications Carriers, ETCs*) únicamente para fines relacionados con la clasificación de tarifas y marketing de los Programas de Descuentos en Servicios Públicos (*Utility Discount Programs, UDP*), a otros organismos a los que yo pueda solicitar asistencia financiera, y para realizar verificaciones, investigaciones, evaluaciones y análisis.

Manifiesto con carácter de declaración jurada que toda la información que incluí en esta solicitud y que presenté para respaldarla es verdadera y correcta, y que está completa, según mi leal saber y entender. Mi firma en esta solicitud otorga permiso al Departamento de Medio Ambiente del Distrito de Columbia (*District of Columbia Department of the Environment, DDOE*) para comunicarse con las personas que estime necesario para verificar la información que proporcione y para notificar mi elegibilidad a las compañías de servicios públicos.

Firma

Fecha

Comprendo que tengo la obligación de pagar mis facturas de servicios públicos, con independencia de la aprobación o el rechazo de esta solicitud.

