



State of Utah
Department of Workforce Services
Instrucciones para programas H.E.A.T./HELP/EAF
(Programa de Asistencia Energética para el Hogar)

Instrucciones para la solicitud de H.E.A.T.:

Esta solicitud debe llenarse completamente, y ser firmada y fechada. Se requieren copias de todos los documentos indicados a continuación o de lo contrario, su solicitud no puede ser procesada.

1. Verificaciones del hogar familiar:

- Copia de identificación fotográfica del solicitante principal.
- Copias de las tarjetas de seguro social de **TODOS** quienes viven en el hogar, incluyendo niños.
- Copias de documentos del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) mostrando el estatus legal en Estados Unidos para cualquiera que no es ciudadano.

2. Verificaciones de Ingresos y Deducciones de Ingresos:

- Copias de pruebas de todo ingreso recibido en el mes previo por todos los miembros de la familia (talones de cheques, estados de cuenta del seguro social, beneficios de retiro, pensiones de manutención y de comida, etc.)
- Si en la familia hay adultos sin ingresos, o si el ingreso es menor que los gastos de subsistencia, incluya el formulario 880 "Declaración de Déficit de Ingresos Familiar" debidamente completado. (puede obtener dicho formulario en el enlace <https://jobs.utah.gov/housing/scso/seal/documents/880sp.pdf>)
- Prueba de pagos de gastos médicos elegibles pagados en el mes anterior.
- Prueba de pagos de pensiones de manutención y comida pagadas en el mes anterior, de haberlas.

**Sírvase notar qué si está enviando su solicitud por correo, mes previo significa el anterior al mes en que su solicitud es sellada por la oficina postal.*

3. Verificaciones de la carga energética:

- Copias de las facturas más recientes del solicitante.
- Una copia del contrato de arrendamiento del solicitante cuando las utilidades estén incluidas en la renta, o la Declaración del Propietario (formulario 1062H) llenado y firmado por el propietario.

4. Verificaciones de grupos Target (hay fondos adicionales para solicitantes con hogares con miembros de 60 años o más, discapacitados o niños menores a 6 años.

- Licencia de conducir u otro documento oficial que indique 60 o más años
- Copia de certificado de nacimiento para niños que tengan 5 o menos años de edad
- Prueba de tener una discapacidad, en caso de haberla

5. Puede que se requiera documentación adicional. Puede que haga falta contactar a terceros relevantes para fines de verificación.

Recuerde incluir un número telefónico a donde le podamos contactar

En caso de que tengamos preguntas o que necesitemos otros documentos.

Sólo envíe copias ya que no devolveremos originales.

Si la solicitud no es llenada correctamente o si faltan documentos, será rechazada.

Si sus utilidades han sido desconectadas o si están programadas para su desconexión en el transcurso de las próximas 48 horas, contacte a su oficina local de HEAT para instrucciones.

Llame al 211 para los teléfonos de su oficina local de HEAT.

Si usted vive en este condado:	Por favor envíe su solicitud a:
Salt Lake, Tooele 801-521-6107	UTAH COMMUNITY ACTION HEAT PROGRAM 5361 SOUTH 4220 WEST KEARNS UT 84118
Davis, Morgan, Weber 801-394-9774	FUTURES THROUGH TRAINING HEAT PROGRAM 1140 36TH STREET STE 150 OGDEN UT 84403-2046
Summit, Utah, Wasatch 801-229-3855	MOUNTAINLAND AOG HEAT PROGRAM 586 E 800 N OREM UT 84097
Beaver, Garfield, Kane, Iron, Washington 435-652-9643	FIVE COUNTY ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM 1664 S DIXIE DRIVE, UNIT L-104 ST GEORGE UT 84770
Juab, Millard, Piute, Sanpete, Sevier, Wayne 435-893-0745	SIX COUNTY ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM PO BOX 820 RICHFIELD UT 84701
Carbon, Emery, Grand, San Juan 435-613-0100	SOUTHEASTERN UTAH ASSOCIATION OF LOCAL GOVERNMENTS HEAT PROGRAM PO BOX 1106 PRICE UT 84501
Box Elder 435-723-1116	BEAR RIVER ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM 2535 S HIGHWAY 89 PERRY UT 84302
Cache, Rich 435-713-1444	BEAR RIVER ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM 170 NORTH MAIN LOGAN UT 84321
Daggett, Duchesne, Uintah 435-722-5218	UINTAH BASIN ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM 330 E 100 S ROOSEVELT UT 84066

Programa/Empleador No Discriminatorio

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al (801) 526-9240.

Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah).

Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.



State of Utah
Department of Workforce Services
SOLICITUD PARA PROGRAMA H.E.A.T./ HELP/EAF
(ASISTENCIA PARA ENERGÍA DEL HOGAR)

Solicitud H.E.A.T. – Hogar Unipersonal

1. Información del solicitante:

Nombre: _____ Fecha: _____
Primer Segundo Apellidos

Seguro Social: _____ Sexo: M F Fecha Nacimiento: _____
Mes / Día / Año

Dirección de domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Cód. Postal: _____

Dirección de correo: _____ Ciudad/Estado: _____ Cód. Postal: _____
(si es distinta):

#Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

2. ¿Alguna vez ha solicitado asistencia a HEAT? Si No

3. Información étnica: Nativo Americano Blanco Hispano Negro Asiático
 Isleño del Pacífico Otro: _____

4. Es usted:

Ciudadano de Estados Unidos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	60 o más años de edad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Veterano de Estados Unidos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Recibe SNAP (Estampillas de comida): .. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Minusválido/Discapacitado: ... Si No En caso de SI, describa su discapacidad: _____

¿Está usted experimentando pobreza intergeneracional (2 o más generaciones han usado programas de asistencia alimentaria, Medicaid, CHIP o asistencia de dinero en efectivo?) Si No

5. Si vivienda es: Casa Casa Duplex Remolque pequeño (debe tener dirección fija)
(marque uno) Casa rodante Condominio Townhouse
 Apartamento (3 o más unidades) Apartamento en sótano

6. ¿Usted renta o es propietario de su casa? Pago Renta Soy Propietario

¿Cuál es su fuente primaria de calefacción?	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Otro
¿Cuál es su fuente secundaria de calefacción?	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Otro/Ninguna
¿Cuál es su fuente primaria de enfriamiento?	<input type="checkbox"/> Aire Central <input type="checkbox"/> Ventilador/Evaporador/Otro <input type="checkbox"/> Unidad de ventana <input type="checkbox"/> Ninguna

7. ¿Cuánto es su pago mensual de renta/hipoteca? \$ _____ ¿Su renta es subsidiada? Si No

8. ¿Su renta incluye las utilidades? Si No

9. ¿Vive alguien con usted actualmente? Si No En caso de SI, haga una cita con su oficina local de HEAT (margue el 2-1-1). Esta solicitud solo es para hogares donde vive una sola persona.

10. Por favor entregue copias de sus facturas de utilidades más recientes. El pago de H.E.A.T. debe hacerse a favor de los servicios en los porcentajes abajo listados (100%, 50/50% o 25/75%). El proveedor de los servicios y el porcentaje no puede cambiarse después de ser entregada la solicitud. Asegúrese de marcar con un círculo el estatus de la cuenta para cada servicio. Si marca 48 horas, debe incluir copia de la notificación de corte de 48 horas. Para el propano, marque **ON (ENCENDIDO)** si aún tiene combustible, **OFF (APAGADO)**, si se le acabó, o **48HR** si se le acabará el combustible en menos de 49 horas.

Nombre del proveedor de servicios	% del Beneficio	Estatus de la cuenta (marque uno)	Números de cuenta de los servicios	Nombre en la cuenta (Si no es el solicitante, favor explique)
		ON / OFF / 48 hr.		
		ON / OFF / 48 hr.		

Nombre y número de cuenta del proveedor de servicios utilitarios ni no se encuentra arriba: _____

11. Ingreso (por favor incluya documentación sobre sus ingresos): Ingrese el monto bruto que usted percibió **el mes pasado** de cada fuente.

El ingreso documentado corresponde al mes de: _____

Salarios (Medio Tiempo/Tiempo completo o empleo propio) \$ _____ Desempleo \$ _____

Retiro ferroviario \$ _____ Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) \$ _____

Beneficios de veteranos \$ _____ Asistencia General \$ _____

Seguro Social \$ _____ Ingresos x renta de inmuebles \$ _____

Pensión/Anuailidad/Retiro \$ _____ Hipoteca reversa, pagos de fideicomisos, otros \$ _____

12. Deducciones: ¿Hizo usted pagos a médicos, hospitales o clínicas médico-dentales, pagos por primas de seguros de salud, dental, visión o pagos por medicamentos recetados, oxígeno, lentes, lentes de contacto o dispositivos de audición el **mes pasado**? Sí No

En caso de SI, por favor incluya copias de los recibos con esta solicitud. Todos los recibos deben haber sido pagados en el mismo mes de los ingresos arriba listados.

Total Ingreso: \$ _____ Total Deducciones: \$ _____ Ingreso Neto: \$ _____

DECLARACIÓN: Entiendo que ni el proveedor ni el porcentaje de mi pago de H.E.A.T. puede ser cambiado. Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y que si doy información falsa se me puede exigir la devolución de los fondos recibidos. Estoy de acuerdo en cooperar con las autoridades estatales y federales en cualquier revisión de mi solicitud y proporcionar la información necesaria para verificar cualquier declaración en este documento. Doy permiso para que mis proveedores de servicios públicos provean mis datos de facturación y uso al estado de Utah. Por la presente autorizo a los funcionarios del programa H.E.A.T. a investigar a las personas, empresas, instituciones financieras, y otras agencias estatales y federales para ayudar en el procesamiento de mi solicitud. Entiendo que de no proveer la información necesaria para determinar mi elegibilidad dentro de los 10 días a partir de la fecha que mi solicitud, la misma puede ser rechazada. Yo entiendo qué de llegarse a negar mi solicitud, tengo el derecho a una audiencia imparcial. Además, entiendo qué si los fondos federales de H.E.A.T. se agotan antes de procesar esta solicitud, el Estado de Utah no tiene ninguna obligación de hacer el pago. Entiendo qué si mi solicitud es denegada o si la oficina local no ha actuado sobre mi solicitud en un plazo de 45 días, tengo el derecho de solicitar una audiencia imparcial. Hago saber también que si califico, me gustaría recibir el programa de descuentos HELP (AYUDA) de Rocky Mountain Power y crédito del Fondo de Asistencia de Dominion Energía y Gas (EEP).

_____ Firma _____ Fecha _____

Si usted cree que sido tratado en forma injusta por el programa HEAT, favor llame al número telefónico 866-205-4357 para asistencia.

OFFICE USE Office Code: _____ Worker: _____ Editor: _____ Fuel Type: _____
 House Standard Apartment Standard Actual Amount \$ _____