



Estado de 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, pos 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.)
  - Explicación y documentación en caso de que los ingresos sean menores a sus gastos de vida.
  - 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.
- \*Sírvese 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.**

<b>Si usted vive en este condado:</b>	<b>Por favor envíe su solicitud a:</b>
Salt Lake, Tooele	UTAH COMMUNITY ACTION HEAT PROGRAM 764 S 200 W SALT LAKE CITY UT 84101
Davis, Morgan, Weber	FUTURES THROUGH TRAINING HEAT PROGRAM 1140 36TH STREET STE 150 OGDEN UT 84403-2046
Summit, Utah, Wasatch	MOUNTAINLAND AOG HEAT PROGRAM 586 E 800 N OREM UT 84097
Beaver, Garfield, Kane, Iron, Washington	HEAT PROGRAM 168 N 100 E STE 255 ST GEORGE UT 84770
Juab, Millard, Piute, Sanpete, Sevier, Wayne	SIX COUNTY ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM PO BOX 820 RICHFIELD UT 84701
Carbon, Emery, Grand, San Juan	SOUTHEASTERN UTAH ASSOCIATION OF LOCAL GOVERNMENTS HEAT PROGRAM PO BOX 1106 PRICE UT 84501
Box Elder	BEAR RIVER ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM 2535 S HIGHWAY 89 PERRY UT 84302
Cache, Rich	BEAR RIVER ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM 170 NORTH MAIN LOGAN UT 84321
Daggett, Duchesne, Uintah	UINTAH BASIN ASSOCIATION OF GOVERNMENTS HEAT PROGRAM 330 E 100 S ROOSEVELT UT 84066

**Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria**

Disponemos de ayudas y servicios auxiliares para individuos discapacitados cuando así lo soliciten llamando al (801) 526-9240.

Los individuos con impedimentos auditivos y/o del habla pueden llamar a "Relay Utah" discando 711.

Los hispanoparlantes pueden llamar a la línea de ayuda en español (Spanish Relay Utah) al 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)**

1. Información del solicitante:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellidos

# Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Fecha Nac: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Dirección de calle: \_\_\_\_\_ Ciudad/ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correspondencia: \_\_\_\_\_  
(de ser distinta) Ciudad/ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# Teléfono: \_\_\_\_\_ # Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha solicitado usted asistencia H.E.A.T antes? .....  Sí  No

3. Etnia:  Americano nativo  Blanco  Hispano  Afro-Americano  Asiático  
 Isleño del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

4. ¿Es usted ciudadano estadounidense? .....  Sí  No

**En caso negativo, provea documentación de residencia.**

5. Otras personas que viven en la residencia. Incluyendo todos los demás adultos y niños:

*(Continúe en la parte de atrás si hace falta.)*

Nombre <small>(Primero, Apellido)</small>	Relación	Fecha Nac <small>mm/dd/aaaa</small>	Edad	Número de Seguro Social	Sexo	Ingreso	Ciudadano
					M F	S N	S N
					M F	S N	S N
					M F	S N	S N
					M F	S N	S N
					M F	S N	S N

6. Composición familiar:

Niño menor a 3 años: .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Niños entre 3 y 5 años: .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mayores a 60 años: .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reciben estampillas de comida: .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudadanos U.S. (¿Todos?): .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Veteranos U.S.: .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Minusválidos o discapacitados:  Si  No En caso de SI, describa la discapacidad: \_\_\_\_\_

¿Está usted experimentando pobreza inter generacional (2 o más generaciones de su familia han tenido necesidad de acceder a programas de asistencia alimentaria, Medicaid, CHIP o asistencia de dinero en efectivo?): .....  Sí  No

Número de adultos: \_\_\_\_\_ Número de niños (menores a 18): \_\_\_\_\_ Total en el hogar: \_\_\_\_\_

7. Usted vive en (marque uno):  Casa  Apartamento (3 o más unidades)  Dúplex  
 Apartamento en sótano  Casa móvil  Trailer pequeño (necesita dirección fija)  
 Condominio  Townhouse

8. ¿Es propietario de su casa o paga renta? .....  Renta  Propia

¿Cuál es la fuente de calefacción primaria de su hogar?....  Gas  Electricidad  Propano  
 Aceite  Leña  Otro

¿Cuál es su fuente de calefacción secundaria? .....  Gas  Electricidad  Propano  
 Aceite  Leña  Otro/ Ninguno

¿Cuál es su fuente de enfriamiento? .....  Aire central  Ventilación/Evaporador/Otro  
 Aire de ventana  Ninguno

9. ¿Cuánto paga de alquiler al mes? \$ \_\_\_\_\_ ¿Su renta es subsidiada? .....  Sí  No

10. ¿Su renta incluye los servicios?  Si  No ¿Cuáles servicios? \_\_\_\_\_

- 11. 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 48 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 del proveedor eléctrico y # de cuenta si no lo ha incluido: \_\_\_\_\_

- 12. Ingreso:** Indique las fuentes de ingreso y/o ayuda que reciben usted o cualquiera que viva en su hogar. Adjunte todos los talones de pago y documentación de cualquier otro ingreso que recibió el mes pasado. Todo adulto sin ingreso o ganancia de negocios que viva en el hogar debe llenar una forma de declaración de déficit de ingreso.

Tipo de ingreso ganado	S / N	Nombre del recipiente	Fecha pagado	Monto Bruto	Cada cuanto tiempo recibe el ingreso? (semanal, bisemanal, 2 x mes, mensual)
Empleo	S / N				
Empleo	S / N				
Empleo	S / N				
Empleo	S / N				
Empleo propio	S / N				
Empleo propio	S / N				

Tipo de ingreso no ganado	S / N	Nombre del recipiente	Fecha pagado	Monto Bruto	Cada cuanto tiempo recibe el ingreso? (semanal, bisemanal, 2 x 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 de hijos	S / N				
Pagos de hipoteca reversa	S / N				
Pensión	S / N				
Pagos de fideicomisos	S / N				
Propiedad rentada	S / N				
Retiro	S / N				
TANF/FEP/Asistencia general/Otros pagos de beneficios	S / N				
Beneficio de veteranos	S / N				
Compensación laboral	S / N				
OTRO	S / N				

Adjunte una hoja adicional si necesita proveer información de todas las fuentes de ingreso de todos los miembros de su hogar.

**13. Deducciones médicas:** liste cualquier prima de seguro de salud, dental o de la visión, pagos por medicamentos recetados, oxígeno, lentes / lentes de contacto, audífonos y pagos a médicos, hospitales, o clínicas médicas / dentales **pagados el mes pasado**. Todos los recibos deben haber sido pagados en el mismo mes de los ingresos listados en el párrafo número 12. (Adjunte una hoja adicional si es necesario.)

Nombre de la persona	Tipo de gasto médico	Prueba de pago	Fecha de pago	Monto pagado
				\$
				\$
				\$
				\$

**14. Deducciones por pensión alimenticia y manutención:** Usted o alguien en su hogar tuvo que pagar pensión alimenticia o manutención el mes pasado): .....  Si  No

**En caso afirmativo,** debe incluir copias de sus recibos junto a esta solicitud. Todos los recibos deben haber sido pagados en el mismo mes de los ingresos listados en el párrafo número 12.

**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 que de llegarse a negar mi solicitud, tengo el derecho a una audiencia imparcial. Además, entiendo que 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 que 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 Questar 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 ONLY		
<p><b>1. INCOME FORMULA</b>            Total NET Income \$ _____            divided by 100% of the Poverty            Amount for a household size of _____            (see table) \$ _____ = _____ %            (Ineligible if over 150%)            Subtract the % amount from            \$205.00 = \$ _____   <b>Total #1: \$ _____</b></p>	<p><b>2. ENERGY BURDEN</b>            FUEL TYPE: _____            Household Energy Cost (Select one):            Actual Costs \$ _____            House Standard \$ _____            Apt. Stand. \$ _____             Divide Energy Cost selected above by total            NET income _____ = _____ X \$7.00 = _____            (Max. of 25)   <b>Total #2: \$ _____</b></p>	<p><b>3. TARGET GROUPS</b>            Child under 6 _____            Disabled _____            Over 60 _____             (If household has any            members in a target group            add \$150)   <b>Total #3: \$ _____</b></p>
<p><b>Add totals from boxes 1, 2, &amp; 3 for estimated Total HEAT Benefit: \$ _____</b></p>		

**Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria**

Disponemos de ayudas y servicios auxiliares para individuos discapacitados cuando así lo soliciten llamando al (801) 526-9240.  
 Los individuos con impedimentos auditivos y/o del habla pueden llamar a "Relay Utah" discando 711.  
 Los hispanoparlantes pueden llamar a la línea de ayuda en español (Spanish Relay Utah) al 1-888-346-3162.