

La Solicitud de los programas energéticos de Minnesota está disponible en hmong, somalí, español, vietnamita o en letra grande a través de su Proveedor de Servicios o en línea en mn.gov/energyassistance

000000

?

- Programa de Asistencia Energética (EAP, por sus siglas en inglés)
- Programa de Asistencia para Climatización (WAP, por sus siglas en inglés)
- Programa de Mejora de la Conservación (CIP, por sus siglas en inglés)

00000

?

- Lea toda la información en esta solicitud.
- Complete toda la información sobre todas las personas que viven en su hogar. TODAS las personas que viven en el hogar son miembros del hogar si comparten la cocina u otras áreas de la vivienda.
- Complete y entregue la solicitud, el comprobante de ingresos y otros documentos a su Proveedor de Servicios.
- Debemos tener la solicitud completa para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir ayuda.

If you need help filling out this application, call your local EAP Service Provider. Their telephone number is listed on the first page of the Minnesota Energy Programs Application.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con su proveedor de servicio del PAE local. El número de teléfono se encuentra en la primera hoja de la solicitud de los programas energéticos de Minnesota.

Haddii aad uga baahan tahay caawin buuxinta codsigan, wax Bixiyahaaga Adeega EAP ee maxaliga ah. Lambarka taleefankooda wuxuu ku qoran yahay bogga koowaad ee Codsiga Barnaamijyada Tamarta ee Minnesota.

Yog koj xav tau kev pab sau daim ntawv thov no, hu rau Tus Neeg Muab Kev Pab EAP hauv koj cheeb tsam. Lawv tus xov tooj yog teev rau ntawm thawj nplooj ntawv ntawm Daim Ntawv Thov Minnesota Cov Khoo Kas Pab Them Nqi Hluav Taws Xob.

Nếu quý vị cần hỗ trợ để điền vào đơn đăng ký này, hãy gọi cho Nhà Cung Cấp Dịch Vụ EAP tại địa phương của quý vị. Số điện thoại của các nhà cung cấp được liệt kê trên trang đầu tiên của Đơn Đăng Ký Chương Trình Năng Lượng Minnesota.

0000000

?

- Envíe comprobantes de todos los ingresos brutos recibidos por todas las personas de su hogar en los últimos 3 meses calendario completos antes del mes en que usted firma su solicitud. Envíenos copias, los originales no serán devueltos.

00	000000	>0000000	00000
00000	000	000	0000
00000	0000	000	0000
Agosto 2022	Mayo, junio, julio 2022	0000000	/000 ?
Septiembre 2022	Junio, julio, agosto 2022	00	\$7.643
Octubre 2022	Julio, ago, sept 2022	00	\$9.994
Noviembre 2022	Ago, sept, oct 2022	00	\$12.346
Diciembre 2022	Sept, oct, nov 2022	00	\$14.698
Enero 2023	Oct, nov, dic 2022	00	\$17.050
Febrero 2023	Nov, dic 2022, ene 2023	00	\$19.401
Marzo 2023	Dic 2022, ene, feb 2023	00	\$19.842
Abril 2023	Ene, feb, mar, 2023	00	\$20.283
Mayo 2023	Feb, marzo, abril 2023	00	\$20.724

?

Y00000

?

- el EAP puede usar su SSN para verificar los salarios informados por su empleador. Es posible que le pidamos que proporcione talones de cheques u otra verificación si no podemos verificar su salario.
- el estado de cuenta del condado que muestre el monto mensual o estados de cuenta bancarios.
- copias de cheques, extractos bancarios o una nota firmada por el pagador que indique el monto y las fechas del pago, u otro comprobante del monto recibido.
- cartas de concesión, extractos bancarios que muestren depósitos directos o copias de cheques.



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXX ?

OBLIGATORIO

LTIMOS 6 MESES

E? 0X10 Ej.: 555-55-5555	E0000 ? W0000? 000000? Ej.: Pat T. Smith?	? 000? mm-dd-aaaa	E?M? /000? S/N	E?A? /000? ?	E? ? Ej.: Femenino	? ? Ve a abajo	? S/N	? S/N	? S/N
(Propio)		- -							
		- -							
		- -							
		- -							
		- -							
		- -							
		- -							

□

□

Asiático = Negro o afroamericano Indio americano o nativo de Alaska
 = Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico = Blanco = Varias razas = Otro

- ¿Cuántas personas viven en su casa? ¿Ha disminuido recientemente el ingreso de algún miembro del hogar? ¿De quién?
- ¿Alguien en su hogar es actualmente un empleado o miembro de la junta de esta agencia de asistencia energética? Sí No
- ¿Quiere registrarse para votar o actualizar su registro si ha cambiado de domicilio? Sí No
- Amigos/familia Periódico Carteles Redes sociales/anuncio digital
- Radio Arrendador Trabajador del condado Oficina de veteranos Sitio web del estado o condado Proveedor de servicios públicos/combustible Otro

durante los últimos 3 meses calendario completos antes de firmar esta solicitud, marque todo lo que corresponda para todos en su hogar e con esta solicitud.

/000 ?

- Salarios Pensión por desempleo
- Trabajador autónomo*/Ingresos agrícolas* Ingresos por intereses o dividendos
- Mes y año de inicio del negocio: Ingresos por alquiler
- *Envíe las primeras 2 páginas y el Anexo 1 Pensiones para trabajadores
- de su declaración de impuestos IRS-1040 más reciente Contrato de interés de escritura

00 ?

- Prestaciones del Seguro Social (SSDI, RSDI, SSA) Pensiones para veteranos
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Pagos tribales per cápita
- Pensión/A anualidad (incluyendo trimestral y anual) Sentencias tribales o bonificación tribal
- Ingresos de jubilación (incluyendo IRA, etc.) Discapacidad a largo/corto plazo
- Programa de Inversión Familiar de MN (MFIP o TANF) Pensión alimenticia o apoyo conyugal
- Asistencia General (GA) – Prestaciones en efectivo Trabajo recreativo (DWP)

00000 ?

- Manutención de los hijos - Monto mensual \$..... Sin ingresos: Llame a su proveedor de servicios ra asis e cia
- Ayuda alimentaria Otros ingresos no enumerados:
- Crédito tributario por ingreso del trabajo
- Ayuda Suplementaria de Minnesota (MSA)

Parte 3. Informacion sobre vivienda

Vivo en: Casa Apartamento/Condominio Casa con paredes comunes Casa móvil Dúplex Tríplex Cuadripex Otro

¿Cuánto tiempo ha vivido en su casa actual? _____ Años _____ Meses

Pago: Alquiler Hipoteca No hago pagos mensuales. Si tiene un pago, cantidad mensual que paga: \$ _____

<p>¿Recibe un subsidio de alquiler o vive en una vivienda protegida? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>¿La calefacción o la electricidad están incluidas en su alquiler?</p> <p>Marque las que apliquen: <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Electricidad</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono (_____) _____</p> <p>Calle o apartado postal _____ Apt. núm. _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____</p>	<p>¿Es dueño o está pagando su casa? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Si su calefactor/sistema de calefacción EK funciona actualmente, marque esta casilla: <input type="checkbox"/></p> <p>Llame a su proveedor de servicios de inmediato si su calentador/sistema de calefacción no funciona.</p> <p>¿Trabaja por cuenta propia, ¿el negocio está en su casa? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>En _____, ¿qué tipo de negocio y qué trabajo se realiza en su hogar o en su propiedad?</p> <p>¿Alquila parte de su casa a alguien más? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>
--	---

Envíe una copia de sus últimas facturas y/o recibo de combustible con esta solicitud.

Envíe una copia de sus últimas facturas y/o recibo de combustible con esta solicitud.

Envíe una copia de sus últimas facturas y/o recibo de combustible con esta solicitud.

	Energía eléctrica	Gas natural	Otros
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

A menos que se indique a continuación, dividiremos su prestación. El 70 % se pagará a su compañía principal de calefacción y el 30 % a su empresa de electricidad.

KW Si desea que su prestación se pague de manera diferente, indíquelo a continuación:

Todo a la calefacción principal Todo a la electricidad Otro: _____

¿Comparte su tanque de combustible o medidor de energía con otro hogar? Sí No

Biocombustible que usa - Leña Pellets Maíz Otro

¿Qué porcentaje de su calor le suministra esto? % _____

¿Cuántos dormitorios hay en su casa? _____

¿Suministra su propia leña/maíz? Sí No

Si tiene una emergencia en este momento o no puede pagar su factura de agua vencida, marque el tipo de situación a continuación y envíe una copia del aviso:

- El servicio fue desconectado. Empresa: _____ Fecha de desconexión _____
- Aviso de desconexión recibido. Empresa: _____ Fecha programada: _____
- No puede pagar la factura de agua atrasada. Empresa: _____ (solo agua)
- Tanque de combustible vacío (o menos del 20 % en el tanque). Qué % hay en su tanque hoy: _____



1. Doy mi consentimiento para que mis compañías de suministro de calefacción, electricidad y agua proporcionen datos sobre mi cuenta y el uso de energía y agua al Departamento de Comercio de Minnesota (Commerce, por su nombre en inglés) y los contratistas de Comercio para el Programa de Asistencia Energética (EAP), el Programa de Asistencia para Climatización (WAP) y el Programa de Mejora de la Conservación (CIP).
2. Autorizo a la Administración del Seguro Social, al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y sus agencias afiliadas, y al Departamento de Empleo y Desarrollo Económico de Minnesota a compartir datos sobre mi número de Seguro Social, beneficios públicos recibidos e ingresos en el último año para la elegibilidad para beneficios con Commerce y los contratistas de Commerce para EAP, WAP y CIP.
3. Autorizo a EAP, WAP y CIP de Minnesota a:
 - Contactar a mi empleador para verificar mis ingresos.
 - Comunicarse con mi arrendador para confirmar mi residencia y/o fuente de calefacción si soy un inquilino.
4. Autorizo a mis Proveedores de Servicios EAP, WAP y CIP a comunicarse conmigo para divulgación y referencias.
5. Al firmar, afirmo que todos los datos en esta solicitud son correctos. También reconozco que:
 - Actualmente resido en la dirección que figura en esta solicitud.
 - Estoy firmando en nombre de todos los miembros del hogar.
 - Puede que tenga que justificar mis declaraciones.
 - Puedo ser civil o criminalmente responsable bajo la ley federal o estatal por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas.
 - Tengo derechos bajo el EAP, WAP y CIP. He recibido una copia del “Aviso de privacidad y sus derechos y responsabilidades” y acepto sus términos y condiciones.
 - Puedo apelar las decisiones del Proveedor de Servicios de programas energéticos local sobre mis beneficios.
 - Entiendo que la información faltante retrasará la determinación de si califico para recibir ayuda.
 - Entiendo que mi Proveedor de Servicios puede ayudar a pagar facturas energéticas atrasadas y/o crear un plan de pago con mis empresas energéticas.
 - Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que mi hogar reciba asistencia.
 - Soy un adulto, menor emancipado o menor cabeza de familia sin adultos o menores emancipados.

E0000000V?
00V? 0V

d000000000V/00000

?

0000000000000000

?

0000000000000000

?

NOTA Las leyes federales y estatales exigen que le informemos sobre sus derechos y responsabilidades antes de recopilar y utilizar información sobre usted que se clasifica como privada o confidencial. Este formulario le brinda información importante que cumple con la Ley federal de privacidad de 1974, 5 U.S.C. § 552a(e)(3) y la Ley de Prácticas de Datos del Gobierno de Minnesota, Estado de Minn. § 13.04, inciso 2 (también conocida como Advertencia de Tennessee).

Lea atentamente este Aviso de privacidad antes de completar y firmar la Solicitud de los programas energéticos de Minnesota y conserve este Aviso de Privacidad en sus registros para uso futuro. Este Aviso de Privacidad se aplica al Programa de asistencia energética (EAP), el Programa de asistencia para climatización (WAP) y el Programa de mejora de la conservación (CIP), también conocidos como programas de suministro energético.

NOTA

Usaremos su información para investigar, evaluar y administrar los Programas de energía. Necesitamos la información:

- Para conocerle de otras personas.
- Para ver si cumple con los requisitos para recibir asistencia.
- Para permitirnos obtener fondos federales o estatales para la asistencia que recibe.
- Para cumplir con los requisitos de informes federales o estatales.

NOTA

Tiene derecho a no proporcionarnos la información que le solicitamos.

NOTA

Si nos proporciona la información solicitada en la solicitud, su solicitud será procesada. Si no nos proporciona esa información:

- Su solicitud no será procesada.
- Es posible que no reciba servicios.
- Es posible que no reciba ayuda con las facturas energéticas.
- Sus servicios pueden retrasarse.

Conservaremos la información que nos proporcione, se apruebe o no su solicitud.

NOTA

Las siguientes personas pueden recibir información contenida en su solicitud de programas de suministro energético si: (i) necesitan acceso a la información de la solicitud para hacer su trabajo en relación con los programas de suministro energético (EAP, WAP y CIP), o (ii) están autorizados por la ley federal o estatal para recibirla, o (iii) utilizan la información para informes, para medir resultados y para propósitos de referencias y elegibilidad:

- Proveedores de Servicios de programas de suministro energético locales bajo contrato con el Departamento de Comercio de Minnesota (Commerce).
- Community Services Block Grant (Subsidios Globales en Servicios Comunitarios) y Minnesota Community Action Grant Service Providers (Proveedores de servicios de Subvención de Acción Comunitaria de Minnesota) bajo contrato con Commerce.
- Auditores de programas según lo requiera o permita la guía de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas).
- Departamentos de Administración, Comercio, Empleo y Desarrollo Económico, Salud, Agencia de Financiación de la Vivienda, Servicios Humanos, Ingresos y Servicios MN.IT
- Departamentos de Salud y Servicios Humanos y Energía de los Estados Unidos.
- Comisión de Servicios Públicos de Minnesota.
- Auditor Legislativo de Minnesota.
- Las personas autorizadas por orden judicial.
- Sus empresas energéticas para programas de suministro energético y asequibilidad.
- Minnesota Community Action Partnership.
- Administración del Seguro Social de los Estados Unidos.
- Otras agencias o entidades permitidas por la ley federal o estatal.

NOTA

Usamos números de Seguro Social en la administración de los programas suministro energético (EAP, WAP y CIP) para asegurar que los solicitantes elegibles y los miembros de su hogar reciban solo los beneficios permitidos. La ley federal nos permite exigirle que divulgue su número de Seguro Social para procesar su solicitud y prevenir, detectar y corregir el fraude y el abuso. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i). Todos los solicitantes (excepto las personas elegibles que no sean ciudadanos) deben proporcionar un número de Seguro Social verificable para poder procesar su solicitud.

NOTA

Esta es información voluntaria. Se recopila y registra únicamente con fines estadísticos. El programa no puede discriminar por motivos de raza u origen étnico, religión, género, orientación sexual o afiliación política.

Tiene ciertos derechos para obtener ayuda:

Usted tiene derecho a:

- Hacer una nueva solicitud en caso de ser negada.
- Solicitar más ayuda si la necesita.
- Saber cuáles son las reglas y cómo decidimos qué ayuda puede obtener.
- Recibir una respuesta en un tiempo razonable después de enviar toda la información.
- Apelar dentro de los 30 días posteriores al envío de los resultados de su solicitud si:
 - Recibe una carta de rechazo y piensa que usamos la información incorrecta para tomar la decisión.
 - No recibe la ayuda que se le prometió.

hccccv

Debe informarnos si usted o algún miembro de su hogar:

- Recibió ayuda con sus facturas energéticas a principios de este invierno.
- Cambió de domicilio (infórmenos dentro de los 30 días posteriores a la mudanza).
- Cambia de distribuidor de combustible o de empresa de gas o electricidad.

cccccccccccccccc

ccc

?

?

NY???

?(ccccccv)

Hable con su Proveedor de Servicios EAP local sobre la información que usted cree que está incorrecta en su archivo.

NYcccccccc

Los proveedores de servicios de EAP locales o el Departamento de Comercio de Minnesota pueden confirmar y verificar cualquier información contenida en su solicitud o proporcionada de otra manera. Es posible que se le nieguen las prestaciones del Programa de energía si proporciona información incompleta o falsa. Es posible que se le considere civil o penalmente responsable según la ley federal o estatal por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas en su solicitud.

ccccv

Si cree que su pago de suministro energético no fue lo que debería ser o no recibió los servicios que pensó que recibiría, puede comunicarse con el Proveedor de Servicios del EAP local que figura en la solicitud. Si no está satisfecho con su respuesta, puede escribir una carta de apelación al Proveedor de Servicios del EAP local. Mantenga un registro de su dirección y número de teléfono.

Si no está satisfecho con su respuesta a su apelación, escriba a:

Appeals Officer
Energy Assistance Program
Minnesota Department of Commerce
85 East 7th Place, Suite 280
St. Paul, MN 55101-2198

Si siente que ha sido tratado de manera diferente debido a su color, raza, origen nacional, religión, sexo, género, edad, estado civil, creencias políticas o discapacidad física, mental o emocional, escriba a una de las siguientes entidades:

Departamento de Derechos Humanos de
Minnesota
Grigg's Midway Building
540 Fairview Ave. N, Suite 201
St. Paul, MN 55104
<https://mn.gov/mdhr/>

-O-

Departamento de Salud y Servicios Humanos
de EE. UU.
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 1300
Chicago, IL 60601
www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints