

Para uso de la oficina

HH: _____

Remisión _____

No. de Rep.: _____

Monto del subsidio: _____

En su lugar, presente
su solicitud en línea
mn.gov/home



Utilice tinta negra para completar su solicitud. No use resaltadores en los documentos que envíe.

SOLICITUD DE LOS PROGRAMAS ENERGÉTICOS DE MINNESOTA 2023-2024

/ P S U I M E S O M \$ / 4 V J U F
S P Ø L M Ø S L
D B Q I F O O F Q J O P S H P S F B Q ! D B Q I F O O F Q J O P S H

Antes de completar esta solicitud, lea atentamente "Sus derechos y responsabilidades" y las instrucciones adjuntas.

Parte 1. Información personal: verifique que toda la información preimpresa en esta solicitud sea correcta. Realice cambios según sea necesario.

Su número de Seguro Social (SSN)	• Se requieren números de seguro social (SSN) para todos los miembros del hogar y se verificarán
	• Si un SSN válido no está disponible, se requiere otra forma de documentación
	• Si algún miembro del hogar no es ciudadano y no es elegible, su hogar aún puede recibir asistencia si al menos 1 miembro del hogar es una persona elegible ya sea ciudadano o no
	• Usamos su SSN para obtener información sobre salarios y pensiones por desempleo

Su nombre legal:				MM – DD – AAAA
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	

Dirección actual donde vive				Dirección postal (si es diferente de la dirección donde vive):			
Número de casa y calle		No. de Apt.		Calle o apartado postal		No. de Apt.	
_____ Ciudad	MN Estado	_____ Código postal	_____ Condado	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal	

Idioma hablado: _____	Teléfono principal: (_____) _____	<input type="checkbox"/> celular	Otro teléfono: (_____) _____	<input type="checkbox"/> celular
------------------------------	--	----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Dirección de correo electrónico: _____	Para contactarme (Elija solo uno)
	por escrito, prefiero: <input type="radio"/> Correo de EE. UU. (carta) <input type="radio"/> Correo electrónico

Representante autorizado: si completa esta sección, el "Representante autorizado" tiene permiso para actuar en su nombre, pero no puede firmar la solicitud a menos que esté legalmente autorizado para hacerlo (p. ej., poder notarial, tutor o custodio). Incluir documentación con la solicitud.

_____ Primer nombre	_____ Apellido	_____ Teléfono
------------------------	-------------------	-------------------

Quiero que el **Representante Autorizado** reciba correo en mi nombre (si está marcado, ingrese su dirección a continuación).

_____ Calle o apartado postal	_____ No. de Apt.	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal
----------------------------------	----------------------	-----------------	-----------------	------------------------

DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD EN LA PARTE INFERIOR DE LA ÚLTIMA PÁGINA

Parte 2. Información del hogar

Enumere a todos los miembros del hogar, comenzando por usted (los padres sin custodia pueden incluir a sus hijos menores):

OBLIGATO			ÚLTIMOS 6 MESES			Última fecha trabajada MM/DD/AA	Género Escriba ej.: Masculino	Raza Vea abajo	Latino/a/x S/N	Hispano S/N	Discapacitado S/N	Veterano S/N
Núm. de Seguro Social Ej.: 555-55-5555	Nombre legal Primer nombre Inicial segundo nombre Apellido Ej.: Pat T. Smith	Fecha de nacimiento mm-dd-aaaa	Ingresos/Pr estaciones S/N	Beneficios	Ingresos/							
(Propio)		- -										
		- -										
		- -										
		- -										
		- -										

De ser necesario, adjunte una hoja separada para cualquier miembro adicional del hogar.

Raza:

A = Asiático B = Negro o afroamericano I = Indio americano o nativo de Alaska
P = Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico W = Blanco M = Varias razas O = Otro

- ¿Ha disminuido los ingresos relacionados con el trabajo de algún miembro del hogar en los últimos 6 meses? ¿De quién?
Para cada persona, envíe el mes calendario completo de ingresos más reciente como comprobante. Consulte las instrucciones para obtener más información.
- ¿Hay miembros del hogar mayores de 18 años sin ingresos? ¿Quiénes son? Explique
- ¿Quiere registrarse para votar o actualizar su registro si ha cambiado de domicilio? Sí No
- ¿Alguien en su hogar es actualmente un empleado o miembro de la junta de esta agencia de asistencia energética? Sí No
- ¿Cómo se enteró de la Asistencia de Energía? 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

Ingresos, beneficios y otra asistencia: durante el último mes calendario completo antes de firmar esta solicitud, marque todo lo que corresponda para todos en su hogar. Enumere a todas las personas que tienen ese ingresos o beneficios al lado de ese tipo de ingreso o beneficio e **incluya comprobantes** con esta solicitud. Consulte las instrucciones para obtener más información sobre sus tipos de ingreso o beneficio.

Ingreso	¿Quién tiene estas prestaciones?		¿Quién tiene estas prestaciones?	
<input type="checkbox"/> Salarios	_____	<input type="checkbox"/> Pensión por desempleo	_____	
<input type="checkbox"/> Trabajador autónomo/Ingresos agrícolas/ Contratista/Autónomo/Independiente	_____	<input type="checkbox"/> Ingresos por intereses o dividendos	_____	
Mes y año de inicio del negocio:.....		<input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler	_____	
*Envíe su IRS-1040 incluyendo la página de firma y el Anexo 1		<input type="checkbox"/> Pensiones para trabajadores	_____	
Vea las instrucciones si no presentó un 1040 para este trabajo		<input type="checkbox"/> Contrato de interés de escritura	_____	
<input type="checkbox"/> Sin ingresos: Llámenos.	_____	<input type="checkbox"/> Otra asistencia	_____	
Beneficios	¿Quién tiene estas prestaciones?		¿Quién tiene estas prestaciones?	
<input type="checkbox"/> Prestaciones del Seguro Social (SSDI, RSDI, SSA)	_____	<input type="checkbox"/> Pensiones para veteranos	_____	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	_____	<input type="checkbox"/> Pagos tribales per cápita	_____	
<input type="checkbox"/> Pensión/Anualidad (incluyendo trimestral y anual)	_____	<input type="checkbox"/> Sentencias tribales o bonificación tribal	_____	
<input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación (incluyendo IRA, etc.)	_____	<input type="checkbox"/> Discapacidad a largo/corto plazo (Sin SSDI)	_____	
<input type="checkbox"/> Programa de Inversión Familiar de MN (MFIP o TANF)	_____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o apoyo conyugal	_____	
<input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) – Prestaciones en efectivo	_____	<input type="checkbox"/> Trabajo recreativo (DWP)	_____	

No requieren comprobantes de ingresos:

- Manutención de los hijos - Monto mensual \$ _____
- Ayuda alimentaria Crédito tributario por ingreso del trabajo
- Ayuda Suplementaria de Minnesota (MSA) _____

Su solicitud se retrasará si no incluye todos los comprobantes requeridos de sus ingresos.

Parte 3. Información 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 ¿Cuántas personas viven en su casa?

Pago: Alquiler Hipoteca Alquiler de lote No hago pagos mensuales.

¿Cuál es la cantidad total mensual que paga? \$.....requerido

<p>Soy inquilino: ¿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? Marque las que apliquen: <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Electricidad</p> <p>Información del arrendador Nombre:..... Teléfono (.....)..... Calle o apartado postal Apt. núm. Ciudad..... Estado..... Código postal.....</p>	<p>Soy propietario de una casa: ¿Es dueño o está pagando su casa? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si su calefactor/sistema de calefacción NO funciona actualmente, marque esta casilla: <input type="checkbox"/> Llámenos inmediatamente si su calefactor/sistema de calefacción no funciona.</p> <p>Inquilinos y propietarios: Si trabaja por cuenta propia, ¿el negocio está en su casa? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, ¿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 ¿Comparte su tanque de combustible o medidor de energía con otro hogar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>
---	---

Parte 4. Proveedores de energía

¿Qué compañías suministran calefacción y electricidad a su hogar?

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

La asistencia para pagar el agua ya no está disponible a partir del 30 de agosto de 2023

	Calefacción principal	Otra fuente de calefacción	Electricidad	Huerto solar
Nombre de la empresa				
Tipo de combustible:	<input type="radio"/> Gas natural <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Petróleo <input type="radio"/> Biocombustible <input type="radio"/> Vapor	<input type="radio"/> Gas natural <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Petróleo <input type="radio"/> Biocombustible <input type="radio"/> Vapor	<input type="checkbox"/> La principal fuente de calor es la electricidad	
Número de cuenta:				
Nombre en la cuenta:				

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.

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

Todo a la calefacción principal Todo a la electricidad Otro:

Si calienta con leña u otro biocombustible:
 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/ Biocombustible ? Sí No

Emergencia de energía

Si tiene una emergencia en este momento, 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:.....
- Tanque de combustible vacío (o menos del 20 % en el tanque) y se requiere el pago al momento de la entrega.
 Qué % hay en su tanque hoy:..... Tamaño del tanque:

Póngase en contacto con su empresa energética para establecer un plan de pago.

Parte 5. Consentimiento y firma del 1 de octubre de 2023 al 30 de septiembre de 2024

1. Doy mi consentimiento para que mis compañías de suministro de calefacción y electricidad proporcionen datos sobre mi cuenta y el uso de energía 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.

Nombre en letra de molde:

Firma: **Fecha:**

Todas las solicitudes deben tener matasellos o ser recibidas por el EAP el a más tardar el 31 de mayo de 2024.

Su solicitud debe tener matasellos o recibirse dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que la firme.

Solicite con anticipación, los fondos pueden agotarse.

Aviso de privacidad y sus derechos y responsabilidades

Aviso de Privacidad

Disposiciones de la Ley de Privacidad: 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.

¿Por qué recopilamos la información en la aplicación?

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.

¿Está obligado a proporcionarnos la información?

Tiene derecho a no proporcionarnos la información que le solicitamos.

¿Qué pasa si nos proporciona o no proporciona la información?

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.

¿Quién podría ver esta información?

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.

¿Por qué recopilamos números de Seguro Social?

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.

¿Por qué pedimos información sobre su raza?

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.

Sus derechos y responsabilidades

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.

Usted tiene estas responsabilidades:

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.

Este programa puede pagar solo una parte de sus facturas de calefacción y electricidad. Usted es responsable de pagar el resto.

¿Qué sucede si cree que la información en su archivo es incorrecta?

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

¿Qué pasa si proporciona información falsa?

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.

Cómo presentar una queja:

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