



SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA, DE JULIO 2024 A MAYO 2025

Los Programas de Asistencia de Energía de Ohio pueden ayudar a los residentes de Ohio elegibles según sus ingresos a administrar sus facturas de servicios públicos. El Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program (HEAP)) y el Programa HEAP de emergencia aplican el beneficio directamente a la factura de servicios públicos del cliente. El Plan de Pago de Porcentaje de Ingreso Plus (Percentage of Income Payment Plan Plus (PIPP)) es un plan de extensión de pago en el que los clientes aportan un porcentaje de sus ingresos a la factura de servicios públicos mensual. Si busca mejorar la eficiencia energética de su hogar para ayudar a reducir sus facturas de electricidad, el Programa de Asistencia para Climatización del Hogar (Home Weatherization Assistance Program (HWAP)) o el Programa de Asociación Eléctrica (Electric Partnership Program (EPP)) pueden ser de ayuda. Para el Programa HWAP o EEP visite energyhelp.ohio.gov para encontrar a su proveedor local y comunicarse con ellos para obtener más información.

Puede solicitar el ingreso a los Programas de Asistencia de Energía visitando energyhelp.ohio.gov y completando la solicitud en línea, completando esta solicitud y enviándola por correo, o programando una cita con su proveedor local de asistencia de energía o su proveedor de HWAP/EPP. Si envía su solicitud por correo o la completa en línea, podría demorarse hasta 12 semanas en procesarse.

Para completar esta solicitud necesitará lo siguiente:

- Constancia de ciudadanía de cada miembro del hogar.
- Copias de sus facturas de servicios públicos más recientes.
- Prueba de ingresos de los últimos 30 días o 12 meses de cada miembro del hogar.
- Certificado de discapacidad (si corresponde).

Un hogar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos como una unidad económica y quienes normalmente pagan la energía residencial en conjunto o hacen pagos no designados para la energía en forma de renta (según la sección 2603 (5) de la Ley de Energía para Ingresos Limitados de 1981). Si reside en una vivienda subsidiada y tiene una factura de servicios públicos a su nombre, puede ser elegible para la asistencia. Se requiere una copia de su factura de servicios públicos o la documentación de responsabilidad (por ejemplo, una copia de su contrato de alquiler o una carta firmada por el arrendador).

Para que una unidad de vivienda sea elegible para los beneficios de asistencia de energía, su fuente de calefacción principal debe ser:

- Una empresa de servicios públicos regulada o no regulada (gas y electricidad).
- Una chimenea legal (leña).
- Un tanque de combustible individual y permanente (aceite y propano).
- Un horno de leña o carbón ventilado según lo exige la ley.

Los residentes de centros médicos certificados (como los hospitales, los centros de enfermería especializada o los centros de cuidado intermedio) o las residencias comunitarias de operación pública (por ejemplo: YMCA) no son elegibles. Las casas de hospedaje, los hogares para grupos o los refugios de emergencia tampoco son elegibles.

Si es elegible, el monto del beneficio del programa HEAP dependerá de los niveles de financiamiento federal, de cuántas personas viven con usted, del ingreso total del hogar y del combustible principal que se utiliza. En la mayoría de los casos, la compañía de servicios públicos aplica los beneficios directamente a la factura de calefacción. Si vuelve a verificar el monto de su PIPP, este se basará en el 10 % o en el 5 % del ingreso total de su hogar en los últimos 30 días, dependiendo de su fuente de calefacción.

Por medio de esta solicitud puede aplicar a los siguientes programas:

- Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP).
- Plan de Pago de Porcentaje de Ingreso (PIPP).
- Programa de Asistencia de Climatización para el Hogar (HWAP).

Pautas sobre ingresos de JULIO de 2024 a MAYO de 2025

N.º de integrantes del hogar			
1		\$26,355	\$30,120
2		\$35,770	\$40,880
3	(175 %) (Para PIPP, EPP, HEAP, WCP y SCP)	\$45,185	(200 %) (Para HWAP)
4		\$54,600	
5		\$64,015	
6		\$73,430	
7		\$82,845	
			\$51,640
			\$62,400
			\$73,160
			\$83,920
			\$94,680

Al determinar los hogares de hasta siete miembros para HEAP, SCP y WCP, se utiliza el 175 % de los Lineamientos Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines (FPG)). Para los hogares con HEAP, SCP y WCP de más de ocho miembros, se utiliza el 60 % del ingreso medio estatal (State Median Income (SMI)). El PIPP para todos los tamaños de hogares es del 175 % de los FPG. Al determinar el 200 % de los FPG, los hogares con más de ocho miembros deben agregar \$10,760 por cada miembro adicional.

¿Cómo puedo revisar el estado de mi solicitud?

Para revisar el estado de su solicitud, visite energyhelp.ohio.gov y cree una cuenta.

Tenga en cuenta que: los beneficios del Programa HEAP se aplicarán a su factura de servicios públicos a partir de enero de 2025.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su proveedor local de asistencia de energía o envíenos un mensaje a través de energyhelp.ohio.gov y haga clic en "Contáctenos" (Contact us).

Documentos de ciudadanía aceptados (NO ENVÍE LOS ORIGINALES)

Prueba de ciudadanía estadounidense	Prueba de residente legal/extranjero documentado
<ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de nacimiento/registros de nacimiento del hospital/tarjeta de registro de nacimiento 2. Registros de bautismos (solamente si indican el lugar y la fecha de nacimiento) 3. Registro del censo indígena 4. Registro del servicio militar 5. Pasaporte estadounidense 6. Ciudadanía verificada por el programa Ohio Works First (OWF) 7. Tarjetas de registro de votante 8. Tarjetas del Seguro Social (las tarjetas de Seguro Social emitidas por la Administración del Seguro Social que son válidas solo para el estado de autorización de trabajo no se aceptarán para la verificación de ciudadanía) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Papeles de Naturalización/certificaciones de ciudadanía 2. Tarjeta de identificación del INS 3. Tarjetas de extranjero documentado/permisos de entrada 4. Formulario I-151, IR1-9 o I-551 del Servicio de Inmigración y Naturalización (Immigration and Naturalization Service (INS)) (El formulario I-151 no será válido después del 1.º de agosto de 1993) 5. Formulario I-94 del INS si está anotado con alguno de lo siguiente: a) Secciones 203(a)(7), 207, 208, 212(d)(5), 243(h) o 241(b)(3) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad; o b) uno de los siguientes términos o la combinación de alguno de ellos: refugiado, libertad vigilada o asilado. 6. Formulario G-641 del INS para visa permanente, "Solicitud de verificación de información para los registros del INS", cuando el representante del INS lo anote en la parte inferior como admisión legítima por razones humanitarias. 7. Documentación de clasificación como extranjero de conformidad con las Secciones: 101(a)(2), 203(a), 204(a)(1)(a), 207, 208, 212(d)(5), 241(b)(3), 243(h) o 244(a)(3), de la Ley de Inmigración y Nacionalidad. 8. Orden judicial que declare que se ha suspendido la deportación conforme a la Sección 241(b)(3) o 243(h) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad. 9. Formulario I-688 del INS

Pruebas de ingresos aceptadas

Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados
<input type="checkbox"/> Carta de adjudicación/beneficio <input type="checkbox"/> Impresión del pago/estado de cuenta de la agencia emisora <input type="checkbox"/> Copia del cheque o estado de cuenta bancaria, que incluya el depósito <input type="checkbox"/> Formulario 1040 del IRS o certificado fiscal completo más reciente <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente	<input type="checkbox"/> Todos los comprobantes de pago recibidos 30 días desde la fecha de la solicitud, que incluyan los montos brutos recibidos de un año a la fecha (incluidos los pagos por servicio militar activo) <input type="checkbox"/> Formulario de verificación de empleo completado y firmado* <input type="checkbox"/> Impresión de la nómina <input type="checkbox"/> Declaración de pago más reciente (Declaración de Licencia y Ganancias (Leave and Earning Statement, LES))	<input type="checkbox"/> Copia del cheque/carta de monto adjudicado <input type="checkbox"/> Documentos del Departamento de Empleo y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services (ODJFS))/carta de elegibilidad con montos y fechas <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente <input type="checkbox"/> Documentación de la autoridad de vivienda <input type="checkbox"/> Comprobantes de pago recibidos dentro de los 30 días desde la fecha de la solicitud <input type="checkbox"/> Impresión del pago/estado de cuenta de la agencia emisora	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta de la institución financiera <input type="checkbox"/> Copia del cheque o estado de cuenta bancaria que indique el depósito <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente	<input type="checkbox"/> Comprobantes de pago que indiquen el monto, recibidos dentro de los 12 meses desde la fecha de la solicitud <input type="checkbox"/> Formulario de ingresos y gastos provenientes del trabajo por cuenta propia* de los 12 meses anteriores <input type="checkbox"/> Formulario 1040 del IRS y anexos más recientes <input type="checkbox"/> Formulario 1099 del IRS más reciente <input type="checkbox"/> Formulario de verificación de empleo estacional*

* Puede encontrar todos los formularios marcados con un asterisco en energyhelp.ohio.gov.

Aviso de la Ley de privacidad

DIVULGACIÓN: la divulgación del Número del Seguro Social es obligatoria para recibir los beneficios del HEAP.

AUTORIDAD: Título 45, Sección 96.84 (c) del CFR; Título 42, Sección 405(c)(2)(C)(i) del Código de Estados Unidos (U.S.C.)

USO: el estado utilizará los números del Seguro Social en la administración del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar con el fin de verificar la información presentada en la solicitud para prevenir, detectar y corregir fraude, malversación y abuso. La información también se utiliza para responder solicitudes de información de otras agencias que ofrecen programas financiados por subvenciones en bloque a los estados para la asistencia temporal para familias necesitadas o agencias que solicitan información por temas de manutención de niños o con el fin de comprobar la paternidad. El solicitante puede estar sujeto a cargos civiles o penales según las leyes federales o estatales si, a sabiendas, presenta declaraciones falsas o fraudulentas.

Sección de Información personal de los miembros del hogar primario*

Ingrese la información completa. No envíe documentos originales. UTILICE TINTA AZUL OSCURA O NEGRA. Si no completa la solicitud en su totalidad, no entrega la documentación requerida y no firma la solicitud (en la última página), se generarán demoras en su procesamiento.

Fecha de recibido

Número de cliente

Primer nombre*	Inicial del 2.º nombre	Apellido*
----------------	------------------------	-----------

Número de Seguro Social*	Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado militar <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Ningún servicio militar	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*
--------------------------	--	--	-----------------------------------

Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano <input type="checkbox"/> No hispano, latino o de origen hispano
---	---	--

Raza	<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Nativa hawaiana/otra isla del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana	<input type="checkbox"/> Asiática/blanca	<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial
	<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y blanca	<input type="checkbox"/> Negra/afroamericana	<input type="checkbox"/> Blanca
		<input type="checkbox"/> Negra/afroamericana/blanca	

Beneficios que no son monetarios	<input type="checkbox"/> Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP))/Cupones de alimentos	<input type="checkbox"/> Cupón para cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente	Número de miembros en el hogar
	<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud Asequible	<input type="checkbox"/> Cupón para elección de vivienda	<input type="checkbox"/> Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children (WIC))	
		<input type="checkbox"/> HUD-VASH	<input type="checkbox"/> Otro	

Tipo de familia	<input type="checkbox"/> Padre soltero/hombre	<input type="checkbox"/> Adultos sin parentesco con hijos	Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> Propia	Estructura de la residencia	<input type="checkbox"/> Casa rodante
	<input type="checkbox"/> Madre soltera/mujer	<input type="checkbox"/> Hogar multigeneracional		<input type="checkbox"/> Alquiler		<input type="checkbox"/> Unifamiliar
	<input type="checkbox"/> Hogar biparental	<input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Multifamiliar de poca altura (3 pisos o menos)
	<input type="checkbox"/> Una persona					<input type="checkbox"/> Multifamiliar de gran altura (4 pisos o más)

Dirección de correo electrónico	Número de teléfono (con código de área) ()
---------------------------------	---

Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal

Dirección postal (número y calle incluyendo la ruta)*	Dpto./Lote/Unidad/Piso
---	------------------------

Ciudad*	Estado*	Código postal*	Condado*
---------	---------	----------------	----------

¿Es la misma dirección que para los servicios públicos?* <input type="checkbox"/> Igual que la anterior <input type="checkbox"/> Diferente (indique a continuación)

Dirección del servicio actual (si es diferente a la indicada anteriormente; número y calle incluyendo ruta)	Dpto./Lote/Unidad/Piso
---	------------------------

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

¿Recibe asistencia con el alquiler?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Organización del arrendador (si usted alquila)
--	--

Nombre del arrendador*	Apellido del arrendador*	Número de teléfono del arrendador (con código de área) ()
------------------------	--------------------------	---

Dirección postal del arrendador (número y calle incluyendo ruta)*	Dpto./Lote/Unidad/Piso
---	------------------------

Ciudad*	Estado*	Código postal*	Condado*
---------	---------	----------------	----------

*** Indica la información requerida para procesar su solicitud.**

Sección de Ingresos de los miembros del hogar primario*

Si no completa la solicitud en su totalidad, no entrega la documentación requerida y no firma la solicitud, se generarán demoras en su procesamiento.

Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos†	Otras fuentes de ingresos ganados†
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Discapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Jubilación (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) <input type="checkbox"/> Pago de una suma total proveniente de estas fuentes	<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Dividendos <input type="checkbox"/> Ganancias de capital <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia (incluye ser propietario de negocio propio, cuidado de niños, venta directa en el hogar, empleos ocasionales, sistema electrónico de cuidado infantil de Ohio (Ohio Electronic Child Care (ECC), etc.) <input type="checkbox"/> Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.)
† Para estas categorías DEBE proporcionar la documentación de los ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.				
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$

Sección de miembros e ingresos del hogar

Si hay miembros adicionales en el hogar (cualquier persona que viva bajo su techo en la misma dirección), complete la Sección de Miembros e ingresos del hogar de la solicitud (esta sección), en las páginas 2 a 4. Si en su hogar viven más de cinco personas, imprima una página adicional de la sección de miembros del hogar en energyhelp.ohio.gov o recoja otra solicitud en la oficina de su Proveedor de Asistencia de Energía.

Nombre completo*		Número de Seguro Social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano <input type="checkbox"/> No hispano, latino o de origen hispano					
Raza		Asiática		Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico		Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)*			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática/blanca		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana		<input type="checkbox"/> Negra/afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanca					
<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y blanca		<input type="checkbox"/> Negra/afroamericana/blanca							
Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos†	Otras fuentes de ingresos ganados†					
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Discapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Jubilación (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) <input type="checkbox"/> Pago de una suma total proveniente de estas fuentes	<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Dividendos <input type="checkbox"/> Ganancias de capital <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia (incluye ser propietario de negocio propio, cuidado de niños, venta directa en el hogar, empleos ocasionales, sistema electrónico de cuidado infantil de Ohio (Ohio Electronic Child Care (ECC), etc.) <input type="checkbox"/> Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.)					
† Para estas categorías DEBE proporcionar la documentación de los ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.									
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$					
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$					

Sección de miembros e ingresos del hogar- Continuación

Complete la siguiente tabla con todos los miembros del hogar adicionales. Use la sección adicional (en la página 4), según sea necesario, para registrar otros miembros del hogar con ingresos.

Nombre completo*		Número de Seguro Social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano <input type="checkbox"/> No hispano, latino o de origen hispano					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico		Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana		<input type="checkbox"/> Asiática/blanca		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial					
<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y blanca		<input type="checkbox"/> Negra/afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanca					
<input type="checkbox"/> Negra/afroamericana/blanca									
Ingresos fijos		Ingresos provenientes del empleo		Ingresos suplementarios		Otras fuentes de ingresos†		Otras fuentes de ingresos ganados†	
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Discapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Jubilación (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) <input type="checkbox"/> Pago de una suma total proveniente de estas fuentes		<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo		<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga		<input type="checkbox"/> Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Dividendos <input type="checkbox"/> Ganancias de capital <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia (incluye ser propietario de negocio propio, cuidado de niños, venta directa en el hogar, empleos ocasionales, sistema electrónico de cuidado infantil de Ohio (Ohio Electronic Child Care (ECC), etc.) <input type="checkbox"/> Empleo estacional (incluye maestros, trabajadores de construcción, etc.)	
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	

† Para estas categorías DEBE proporcionar la documentación de los ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.

Nombre completo*		Número de Seguro Social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano <input type="checkbox"/> No hispano, latino o de origen hispano					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico		Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana		<input type="checkbox"/> Asiática/blanca		<input type="checkbox"/> Otra variante multirracial					
<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y blanca		<input type="checkbox"/> Negra/afroamericana		<input type="checkbox"/> Blanca					
<input type="checkbox"/> Negra/afroamericana/blanca									
Ingresos fijos		Ingresos provenientes del empleo		Ingresos suplementarios		Otras fuentes de ingresos†		Otras fuentes de ingresos ganados†	
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Discapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Jubilación (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) <input type="checkbox"/> Pago de una suma total proveniente de estas fuentes		<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo		<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga		<input type="checkbox"/> Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Dividendos <input type="checkbox"/> Ganancias de capital <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia (incluye ser propietario de negocio propio, cuidado de niños, venta directa en el hogar, empleos ocasionales, sistema electrónico de cuidado infantil de Ohio (Ohio Electronic Child Care (ECC), etc.) <input type="checkbox"/> Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.)	
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	

Sección de miembros e ingresos del hogar- Continuación

Complete la siguiente tabla para los miembros del hogar adicionales.

Imprima páginas adicionales para los otros miembros del hogar con ingresos, según sea necesario.

Nombre completo*		Número de Seguro Social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano <input type="checkbox"/> No hispano, latino o de origen hispano					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico		<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática/blanca <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana		<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y blanca <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana/blanca <input type="checkbox"/> Blanca		Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos [†]	Otras fuentes de ingresos ganados [†]					
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Discapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Jubilación (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) <input type="checkbox"/> Pago de una suma total proveniente de estas fuentes	<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Dividendos <input type="checkbox"/> Ganancias de capital <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia (incluye ser propietario de negocio propio, cuidado de niños, venta directa en el hogar, empleos ocasionales, sistema electrónico de cuidado infantil de Ohio (Ohio Electronic Child Care (ECC), etc.) <input type="checkbox"/> Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.)					
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$					
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$					

† Para estas categorías DEBE proporcionar la documentación de los ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.

Nombre completo*		Número de Seguro Social*				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacidad* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano <input type="checkbox"/> No hispano, latino o de origen hispano					
Raza <input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico		<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática/blanca <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana		<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska y blanca <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana/blanca <input type="checkbox"/> Blanca		Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos [†]	Otras fuentes de ingresos ganados [†]					
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro Social por Discapacidad (SSDI) <input type="checkbox"/> Jubilación (privada y VA) <input type="checkbox"/> Beneficios como viudo(a) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) <input type="checkbox"/> Pago de una suma total proveniente de estas fuentes	<input type="checkbox"/> Sueldos <input type="checkbox"/> Salario militar activo	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores <input type="checkbox"/> Pago por discapacidad laboral <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga	<input type="checkbox"/> Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) <input type="checkbox"/> Dividendos <input type="checkbox"/> Ganancias de capital <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia (incluye ser propietario de negocio propio, cuidado de niños, venta directa en el hogar, empleos ocasionales, sistema electrónico de cuidado infantil de Ohio (Ohio Electronic Child Care (ECC), etc.) <input type="checkbox"/> Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.)					
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$					
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$					

† Para estas categorías DEBE proporcionar la documentación de los ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.

Sección de Deducciones del hogar*

Deducciones totales de ingresos del hogar (elijá todas las que correspondan)		<input type="checkbox"/> Honorarios de abogado por acuerdos de bienes o fideicomisos	<input type="checkbox"/> Cuentas de gastos por cuidados médicos	<input type="checkbox"/> Reembolso por gastos de trabajo
<input type="checkbox"/> Pago de manutención infantil	<input type="checkbox"/> Primas del seguro médicos	<input type="checkbox"/> Reducción de gastos de Medicaid (deducibles)	<input type="checkbox"/> Primas de Medicare	<input type="checkbox"/> Gastos comerciales por trabajo por cuenta propia permitidos por el IRS
		<input type="checkbox"/> Planes de medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Discapacidad a corto y largo plazo	
Deducciones totales en los últimos 30 días		Deducciones totales en los últimos 12 meses		
\$		\$		

Tenga en cuenta que: se requiere la documentación sobre la (las) deducción(es).

Sección de ingresos elegibles totales del hogar*

Sume los ingresos totales recibidos por cada miembro adulto del hogar y luego reste las deducciones totales del hogar.

Ingresos totales del hogar (sume los montos de la Sección de Ingresos del hogar de las páginas 3 y 4)	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
	\$	\$
Deducciones totales del hogar (de la Sección de Deducciones del hogar en la página 5)	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
	- \$	- \$
Total de ingresos elegibles	Ingresos totales del hogar menos las deducciones totales del hogar mencionadas anteriormente	Ingresos totales del hogar menos las deducciones totales del hogar mencionadas anteriormente
	\$	\$

Si corresponde, explique la diferencia de los ingresos en los últimos 30 días en relación con los ingresos de los últimos 12 meses.

Tenga en cuenta que: los ingresos recibidos por manutención infantil y discapacidades de veteranos no son ingresos contables. Para obtener una lista completa de los ingresos excluidos, visite energyhelp.ohio.gov. Es posible que se requiera la documentación de ingresos excluidos para completar su solicitud.

Sección de información de servicios públicos*

¿Cómo calefacciona su hogar?		<input type="checkbox"/> Gas natural	<input type="checkbox"/> Aceite combustible o queroseno	<input type="checkbox"/> Calefacción eléctrica (incluye zócalos)
		<input type="checkbox"/> Gas propano o embotellado (gas licuado de petróleo)	<input type="checkbox"/> Carbón, leña o pellets de madera	<input type="checkbox"/> Otro
Compañía/Proveedor	Número de cuenta	¿Se incluyen los costos en el alquiler?		¿Tiene un medidor compartido?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del titular de la cuenta		Apellido del titular de la cuenta		Relación con el cliente principal
Si está inscrito en el PIPP actualmente, ¿desea volver a verificar esta cuenta?		¿Desea inscribirse en el PIPP y tener un proveedor de servicios públicos regulado?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Brinde la información de su proveedor de servicios eléctricos públicos (si no la proporcionó anteriormente):

Proveedor/Compañía eléctrica	Número de cuenta	¿Se incluyen los costos en el alquiler?		¿Tiene un medidor compartido?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del titular de la cuenta		Apellido del titular de la cuenta		Relación con el cliente principal
Si está inscrito en el PIPP actualmente, ¿desea volver a verificar esta cuenta?		¿Desea inscribirse en el PIPP y tener un proveedor de servicios públicos regulado?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA, DE JULIO 2024 A MAYO 2025

Términos del acuerdo

- Acepto** Pagar todos los meses el monto de mi Plan de Pagos según Porcentaje de Ingresos (PIPP) Plus por mi servicio de electricidad y/o de gas natural.
- Visitar a mi proveedor de asistencia de energía local o ingresar en energyhelp.ohio.gov para volver a presentar mi solicitud al menos una vez al año con las últimas actualizaciones de mi información del hogar y documentación de ingresos para seguir siendo elegible.
- Contactar a mi proveedor de asistencia de energía local o reportar en energyhelp.ohio.gov cualquier cambio en el monto de mis ingresos totales o en la cantidad de miembros del hogar, dentro de los 30 días posteriores al cambio.
- Aceptar cualquier programa de energía eficiente que ofrezca la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio (Ohio Development Services Agency (ODSA)) o sus proveedores designados, de ser elegible.
- Permitir que mis compañías de servicios públicos proporcionen mi nombre, dirección, número de teléfono, información sobre los miembros del hogar, el monto del consumo de servicios públicos, y el monto total vencido a ODSA y a las agencias que brindan servicios de climatización u otros servicios de energía relacionados.
- Permitir que la ODSA proporcione mi nombre, dirección, número telefónico, información sobre los miembros del hogar y mi estado actual a las compañías de servicios públicos y a otros proveedores de asistencia de energía.
- Permitir que la ODSA comparta mi consumo y datos demográficos con las organizaciones contratadas por la ODSA para evaluar los programas que administran.
- Comprendo que** No volveré a verificar si debo algún pago de PIPP. Debo realizar estos pagos antes del próximo ciclo de facturación o en la fecha de pago que me asignaron mis compañías de servicios públicos.
- Si omito tres o más pagos consecutivos, recibiré un aviso en mi factura y tendré el ciclo de facturación posterior al aviso como período para compensar los pagos o no recibiré más el PIPP.
- Si no verifico mis ingresos al menos una vez cada 12 meses, no recibiré más el PIPP.
- Si no realizo los pagos que debo antes de mi fecha de aniversario, no recibiré más el PIPP (entiendo que la verificación del PIPP y las fechas de vencimiento se imprimen en las facturas de servicios públicos cada mes).
- Si hago mis pagos al PIPP completos y puntuales cada mes, recibiré un crédito para 1/24 de mi total vencido, y no tendré que pagar la diferencia entre mi pago al PIPP y el monto real de la factura.
- Si vuelvo a solicitar el PIPP y no soy elegible, o si elijo salir del PIPP, puedo inscribirme en Graduate PIPP por hasta 12 meses tras la fecha de terminación y aún recibir créditos para mis montos vencidos adeudados en mis cuentas de servicios públicos.
- Si me mudo fuera del área de servicio de mi compañía eléctrica o de gas, puedo inscribirme en el Programa Post PIPP para hacer pagos a mi cuenta cerrada y recibir créditos para los montos vencidos.
- Soy legalmente responsable por todos los montos vencidos en mis cuentas de gas o de electricidad, y si no participo en el PIPP, se cobrarán los montos vencidos. Si los montos vencidos no se cancelan por completo, las compañías de servicios públicos podrán poner en ejecución cualquier método común de cobro por los montos vencidos en mis cuentas.
- Puedo apelar si no se llega a una decisión sobre mi solicitud dentro de un período de 12 semanas. También puedo apelar en un plazo de 30 días si no estoy de acuerdo con el monto de mi beneficio o si me negaron la asistencia.

Autorización general

Un solicitante que brinde información falsa sobre los ingresos o la composición familiar, corre riesgo de lo siguiente: ser excluido del PIPP o de otros programas de asistencia de energía; no ser elegible para volver a solicitarlo durante los siguientes 24 meses, que los créditos pendientes de pago se sumen a su factura de servicios públicos, y/o recibir una factura de su(s) servicio(s) público(s) por el saldo total de la cuenta.

Autorizo al comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio (Ohio Department of Taxation) o a cualquier agente o empleado designado por el comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, así como también al director del Departamento de Desarrollo de Ohio (Ohio Department of Development) o a cualquier agente o empleado designado por el director, o el director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Jobs and Family Services) o cualquier agente o empleado designado por el director, a proporcionar al director del Departamento de Desarrollo de Ohio o cualquier agente o empleado designado por el director, o al comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, o a cualquier agente o empleado designado por el comisionado fiscal, acceso a toda mi información de impuestos sobre la renta del estado de Ohio. El solicitante renuncia expresamente al (a los) aviso(s) de divulgación(es). El solicitante renuncia expresamente a las disposiciones de confidencialidad del Código Revisado de Ohio (Ohio Revised Code), que de otro modo podría prohibir la divulgación, y acepta mantener al Departamento de Impuestos de Ohio, al Departamento de Desarrollo de Ohio y al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio y sus respectivos agentes y empleados exentos de responsabilidad con respecto a las divulgaciones en este documento. Esta autorización debe analizarse e interpretarse libremente; cualquier ambigüedad se resolverá a favor del comisionado de impuestos del Departamento de Impuestos de Ohio, el director del Departamento de Desarrollo de Ohio y el director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio.

Entiendo que al firmar esta solicitud, otorgo al Departamento de Desarrollo de Ohio, o a sus proveedores autorizados, acceso a los registros de mi banco, empleo, asistencia pública, compañía de servicios públicos u otros registros necesarios para la verificación y evaluación de los servicios. Además, otorgo al Departamento de Desarrollo de Ohio, o a sus proveedores autorizados, acceso a cualquier información que haya proporcionado a cualquier otra agencia estatal, incluida, entre otras, la información sobre ingresos relacionada con las solicitudes de asistencia pública. Comprendo que el hecho de completar esta solicitud no garantiza que mi hogar recibirá la asistencia. Si soy o me convierto en cliente del PIPP, comprendo que pueden incluirme en un grupo para el cual el servicio eléctrico se compra en común. Comprendo que cualquier proveedor autorizado puede anular un pago aprobado si se encuentra información que determina que mi hogar no es elegible para los servicios según las reglas de cada programa. Comprendo que tengo el derecho de apelar. Certifico que la información que he presentado en esta solicitud es, a mi buen saber y entender, una declaración completa, precisa y verdadera de la información requerida. Comprendo que puedo estar sujeto a cargos civiles o penales según las leyes federales y estatales si, a sabiendas, presento declaraciones falsas o fraudulentas.

Declaro bajo pena de perjurio que la información presentada en esta solicitud es correcta y veraz.

FIRME Y ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO A:

**Office of Community Assistance, Home Energy Assistance Program
P.O. Box 1240, Columbus, Ohio 43216**

X Firme aquí _____ Fecha de la solicitud _____