



## Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo Instrucciones para la solicitud del 2025

Asistencia disponible para los residentes del Condado de Hidalgo  
Completar los pasos 1-5 a continuación (solo se aceptarán solicitudes completas)

1. **Aplicación de 2025** Páginas del 2-4
2. **Ingresos:** Comprobante de ingresos para todos los adultos (18 años y mayores) que viven en el hogar.
  - A. Si recibe cheque de pago, envíe talones consecutivos de los treinta (30) días anteriores a la fecha en que se firmó la solicitud. Ver ejemplo a continuación:

Le pagan por semana =>	4/5 cheques consecutivos
Le pagan dos veces al mes =>	2/3 cheques consecutivos
Le pagan por mes =>	1 solo talón de cheque
  - B. Si recibe los siguientes beneficios mensuales, se requiere la carta de beneficios del 2025:  
**(Cuentas de banco no serán aceptadas):**
    - Housing/Sección 8 - Reembolso de utilidades de parte de housing
    - Seguro Social (SS) o Suplemental Seguro Social de ingresos (SSI)
    - VA o VA Beneficios de Deshabilitado.
    - DD-214
    - Pensión o retiro
    - Seguro/ Compensación/ Pagos de Anualidad
    - Manutención de hijos / Beneficios de Desempleo / Estampillas/ SNAP o TANF
      - Manutención de hijos o beneficios de desempleo: Presente pago con detalle en una hoja de resumen con fecha de los últimos 30 días de la fecha de su aplicación
      - Estampillas / SNAP o TANF: La carta de beneficios tienen que ser con fecha de los últimos 30 días. **Carta de estampillas no será aceptada para verificar ingresos.**
  - C. Si está desempleado, no recibe ningún ingreso, trabaja por cuenta propia, recibe dinero en efectivo, o recibe apoyo familiar, deberá completar una declaración de ingresos.
3. **Factura eléctrica actual:** Proporcione una copia de la factura completa que muestre el número del medidor y la dirección del servicio. Si solicita asistencia para la desconexión proporcione la factura de aviso de desconexión y la factura anterior.
4. **Factura de gas actual:** Proporcione una copia de la factura completa que muestre el número del medidor y la dirección del servicio.
5. **Comprobante de ciudadanía o residencia legal (Se requiere documentación para cada miembro del hogar) – Adultos:** Certificado de nacimiento con ID, pasaporte estadounidense, Certificado de Naturalización con ID, o tarjeta de Residencia Permanente. **Niños:** Se requiere certificado de nacimiento. **Si declara niños cuya paternidad sea distinta, se requiere carta notariada reciente que establezca la custodia de los niños.**
6. Preguntas o desea aplicar en línea: visite nuestra página de internet [Hidalgocsa.org](http://Hidalgocsa.org)  
**Asistencia eléctrica/ Servicios de Apoyo Familiar/ Servicios de Emergencia**

Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo | 2524 N. Clossner | Suite B | Edinburg, TX 78541

Número de teléfono: (956) 383-6240

**Únicamente aplicaciones completas serán procesadas**

# Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo

SOLICITUD DE SERVICIOS 2025

USO EXCLUSIVO DE OFICINA	
Date Received:	Client ID:

¿Qué tipo de asistencia está buscando? (Marque todo lo que corresponda)

Veterano    
  Asistencia de Servicios Públicos    
  Servicios de Apoyo Familiar    
  Servicios de Emergencia

¿Vivió en el Condado de Hidalgo?      Si      No

¿Alguna vez ha recibido servicios de la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo?      Si      No

Información de Aplicante **(TIENE QUE TENER 18 AÑOS O MAYOR PARA SER PERSONA ENCABEZADA DEL HOGAR)**

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Número de seguro social:
Número de teléfono(casa):	Número de teléfono(trabajo):	Número de teléfono(móvil):

Dirección residencial:

Ciudad, Estado, Código postal:

Dirección postal (si es diferente):

Ciudad, Estado, Código postal:

Correo electrónico:

Usted es:      Dueño      Renta      Otro    
 Usted vive en?      Casa      Casa Movil      Apartamento      Otro

Género	Raza	Etnicidad	Educación	Estado Militar	Trabajo Estacional
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multiracial	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> 0-8 Grado <input type="checkbox"/> 9-12 Grado <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 12+ Colegio <input type="checkbox"/> 2/4 Años Colegio	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Trabajo de temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno

Relación con el Solicitante	Estado de Trabajo (18 o más)	Seguro de Salud
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado 6+ meses <input type="checkbox"/> Menor de 18 años <input type="checkbox"/> Desempleado menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Estatal para adultos <input type="checkbox"/> Ninguno

Verifique todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Marque todo lo que corresponda)	Recibo de beneficios no en efectivo (marque todos que corresponda)
<input type="checkbox"/> Mantenimiento de Menores <input type="checkbox"/> Mantenimiento Conyugal <input type="checkbox"/> SS Discapacitados <input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con el servicio VA <input type="checkbox"/> SS Jubilados <input type="checkbox"/> Discapacidad no relacionada con el servicio VA <input type="checkbox"/> Suplemental <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> Jubilación/Pension <input type="checkbox"/> Ningun <input type="checkbox"/> Discapacidad Privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> SNAP (estampillas de comida) <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Bono de Cuidado de Niños <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Bono de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Subsidio de la ley de atención asequible <input type="checkbox"/> Viviendas Publicas (Housing/Sección 8) <input type="checkbox"/> Otro:

## Información de servicios públicos (Incluya copia de las facturas actuales: electricidad, gas/propano)

Proveedor de electricidad:	# de Cuenta:	<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Enfriamiento
Proveedor de Gas/Propano:	# de Cuenta:	<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Enfriamiento
Proveedor de Agua:	# de Cuenta:	<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Enfriamiento
Dispositivo de Refrigeración:	<input type="checkbox"/> Unidad central <input type="checkbox"/> Unidad de ventana <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno	
Dispositivos de Calefacción:	<input type="checkbox"/> Unidad central <input type="checkbox"/> Calentador de pared	<input type="checkbox"/> Calentador eléctrico	
	<input type="checkbox"/> Estufa de leña <input type="checkbox"/> Calentador de gas	<input type="checkbox"/> Ninguno	

# Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo

SOLICITUD DE SERVICIOS 2025

INFORMACIÓN DEL 2º MIEMBRO DEL HOGAR					
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		Edad:		Número de seguro social:	
Género	Raza	Etnicidad	Educación	Estado Militar	Trabajo Estacional
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multiracial	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> 0-8 Grado <input type="checkbox"/> 9-12 Grado <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 12+ Colegio <input type="checkbox"/> 2/4 Años Colegio	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Trabajo de Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Relación con el Solicitante		Estado de Trabajo (18 o más)		Seguro de Salud	
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado 6+ meses <input type="checkbox"/> Desempleado menos de 6 meses		<input type="checkbox"/> Desabilitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años	
				<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Estatal para adultos	
				<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Ninguno	
INFORMACIÓN SOBRE EL 3er MIEMBRO DEL HOGAR					
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		Edad:		Número de seguro social:	
Género	Raza	Etnicidad	Educación	Estado Militar	Trabajo Estacional
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multiracial	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> 0-8 Grado <input type="checkbox"/> 9-12 Grado <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 12+ Colegio <input type="checkbox"/> 2/4 Años Colegio	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Trabajo de Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Relación con el Solicitante		Estado de Trabajo (18 o más)		Seguro de Salud	
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado 6+ meses <input type="checkbox"/> Desempleado menos de 6 meses		<input type="checkbox"/> Desabilitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años	
				<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Estatal para adultos	
				<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Ninguno	
INFORMACIÓN DEL 4º MIEMBRO DEL HOGAR					
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		Edad:		Número de seguro social:	
Género	Raza	Etnicidad	Educación	Estado Militar	Trabajo Estacional
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multiracial	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> 0-8 Grado <input type="checkbox"/> 9-12 Grado <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 12+ Colegio <input type="checkbox"/> 2/4 Años Colegio	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Trabajo de Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Relación con el Solicitante		Estado de Trabajo (18 o más)		Seguro de Salud	
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado 6+ meses <input type="checkbox"/> Desempleado menos de 6 meses		<input type="checkbox"/> Desabilitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Menor de 18 años	
				<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Estatal para adultos	
				<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Ninguno	

## LIBERACIÓN DE INFORMACION DEL CLIENTE

Como participante del programa, por este medio doy permiso a Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo para obtener y liberar información personal según se considere necesario para ayudar a mi hogar a tener acceso a servicios y fuentes de financiamiento y para propósitos de reporte. La información puede incluir, pero no es limitada a lo siguiente: 1. Servicios ofrecidos o requeridos por nuestra agencia y otras agencias como La Agencia de Servicios Comunitarios del condado de Hidalgo. 2. Estado de cuenta de servicios públicos. 3. Prueba de ingresos, residencia, y miembros de hogar 4) Trabajo; y 5) Educación.

- Afirmo que la información presentada es cierta y verdadera según mi leal saber y entender
- Los ingresos de mi hogar han sido calculados para determinar el ingreso por año de acuerdo con los procedimientos preestablecidos de la agencia.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una negación de elegibilidad.
- Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y la Agencia de Los Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo para solicitar o verificar información sobre mis facturas solamente para obtener datos.
- Doy consentimiento y permito que Los Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo tengan acceso a mi cuenta de servicios públicos para obtener información del historial de pagos y facturación de 12 meses, la cual se utilizara solamente para determinación de elegibilidad. Estoy consiente que esta información puede contener información personal.
- Estoy consiente de posible procesamiento federal por presentar información falsa.
- Estoy de acuerdo en recibir comunicados por mensajes de texto y correo electrónico.

**Lea atentamente y seleccione las opciones que correspondan (ultima opción cancela las primeras dos):**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Autorizo a la Agencia de Servicios Comunitarios de Condado de Hidalgo que comparta mi información personal/demográfica con otras organizaciones comunitarias con el fin de brindar servicios adicionales a nuestro hogar.                                     |
| <input type="checkbox"/> Autorizo a la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo a compartir información personal/demográfica con otros departamentos y agencias del Condado de Hidalgo con el fin de coordinar y facilitar la prestación de servicios a nuestro hogar. |
| <input type="checkbox"/> No autorizo a la Agencia de Servicios Comunitarios de Hidalgo a compartir mi información personal/demográfica, excepto cuando sea necesario para proceder con mi solicitud.   |

**Al firmar esta solicitud, reconozco que mi firma será considerada valida y aplicable para todos los documentos relevantes, pero no limitado a la Declaración de Ingresos y la Verificación Sistemática de Extranjeros (SAVE).**

Aplicante (Nombre) \_\_\_\_\_

Aplicante (Firma) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Agencia de Servicios Comunitarios del  
Condado de Hidalgo  
RECONOSIMIENTO DEL CLIENTE

**POR FAVOR LEE – GUARDE ESTO  
PARA DEJAR CONSTANCIA - NO  
ENTREGAR ESTA HOJA CON SU  
APLICACION**

- Yo entiendo que el programa es un programa financiado con fondos Federales disponibles, puede ser que no todas las viviendas podrán calificar para recibir asistencia cada año.
- Si recibo asistencia no está diseñado para que se pase y continúe para el próximo año. Estoy advertido que debo aplicar cada año para el programa de asistencia de servicios públicos y asistencia.
- Yo entiendo que los fondos del programa son administrados por La Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo y no es un programa de asistencia de emergencia o un programa de derecho. El periodo del proceso de mi solicitud puede tomar hasta 45 días después de someter mi aplicación. El proceso de las aplicaciones son procesadas por prioridad y la aplicación no garantiza la asistencia. Yo entiendo mi hogar debe cumplir con los requisitos de los Ingresos Federales del 2025
- Yo entiendo que si no entrego todos los documentos necesarios que están en la lista de la carta de instrucciones de la aplicación pedida va a ver un retraso en el proceso de mi aplicación.
- Yo entiendo que La Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo no asegura ninguna promesa de pago(s) ni hará pagos de servicios públicos hasta que el proceso este completo y que la asistencia es sujeta a fondos disponibles. Yo soy completamente responsable de la cuenta antes y después de la aplicación y de que se determine el proceso de elegibilidad. Falta de pagos de su cuenta pueden resultar en la interrupción de servicios.
- Yo entiendo que la Agencia de Servicios Comunitarios no va a pagar ningunos honorarios tardados, depósitos, cargos de desconexión, cargos de reconectar y que yo soy responsable de hacer pagos de estos cargos y honorarios de mi proveedor de servicios públicos.
- Si mi aplicación es aprobada, voy a recibir una carta de elegibilidad indicando los meses que he calificado con la cantidad de beneficios.
- Si mi aplicación es negada, voy a recibir la notificación de la negación detallando las razones pertinentes. Y también se me dará información del proceso de apelación.
- Tengo entendido de que el aviso de desconexión será procesado por 48 horas después de que la aplicación sea revisada para determinar si califica.
- Yo entiendo que el Programa de Asistencia de Utilidades provee asistencia para la luz y el gas solamente (no para el agua, renta, hipoteca, cable o teléfono).
- Yo entiendo que soy responsable de notificar al Condado de Hidalgo de algún cambio que pueda afectar el pago de mi cuenta incluyendo, pero no limitado a:
  - Cambio de Número de Cuenta
  - Cambio de Proveedor de Utilidades
  - Cambio de Dirección, o Teléfono

Información para ex miembros de los servicios militares.

Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de Las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluidos Los Marines de la Armada, La Guardia Costera, Las Reservas o La Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información.

Visite Texas Veterans Portal en <https://veterans.portal.texas.gov/>

Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo  
2524 N. 2524 N. Closner | Suite B | Edinburg, TX 78541 Número de Teléfono: (956) 383-6240