



# 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 con ID. **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. Closner | 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

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

USO EXCLUSIVO DE OFICINA	
Date Received:	Client ID:

<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Asistencia de Utilidades	<input type="checkbox"/> Servicios de Apoyo Familiar	<input type="checkbox"/> Servicios de Emergencia
-----------------------------------	---	--	--

¿Viví 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(móvil):	Correo electrónico:
---------------------------	----------------------------	---------------------

Dirección residencial:

Ciudad, Estado, Código postal:

Dirección postal (si es diferente):

Ciudad, Estado, Código postal:

Estas interesada/o en el programa de Climatización? Este Programa brinda asistencia para conservar energía y reducir las elevadas facturas de servicios públicos para ayudar a ser mas autosuficiente  Si  No

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"/> 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"/> Descapacitado <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

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"/> Manutención de Menores <input type="checkbox"/> SS Descapacitados <input type="checkbox"/> SS Jubilados <input type="checkbox"/> Suplemental <input type="checkbox"/> Jubilación/Pension <input type="checkbox"/> Discapacidad Privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Manutención Conyugal <input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con el servicio VA <input type="checkbox"/> Discapacidad no relacionada con el servicio VA <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> Ningun <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> SNAP (estampillas de comida) <input type="checkbox"/> Bono de Cuidado de Niños <input type="checkbox"/> Bono de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Subsidio de la ley de atención asequible <input type="checkbox"/> Viviendas Publicas (Housing/Sección 8) <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno

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

<b>Proveedor de electricidad:</b>	Nombre en bil:	# de Cuenta:	<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Enfriamiento
<b>Proveedor de Gas/Propano:</b>	Nombre en bil:	# de Cuenta:	<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Enfriamiento
<b>Proveedor de Agua:</b>	Nombre en bil:	# de Cuenta:	<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Enfriamiento
<b>Dispositivo de Refrigeración:</b>	<input type="checkbox"/> Unidad central	<input type="checkbox"/> Unidad de ventana	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Dispositivos de Calefacción:</b>	<input type="checkbox"/> Unidad central	<input type="checkbox"/> Estufa de leña	<input type="checkbox"/> Calentador de pared	<input type="checkbox"/> Calentador de gas
			<input type="checkbox"/> Calentador eléctrico	<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"/> 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"/> Esposo(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"/> 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"/> Esposo(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"/> 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"/> Esposo(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).**

**RECONOZCO QUE MI SOLICITUD SERÁ PROCESADA SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE FONDOS Y FINANCIAMIENTO FEDERAL.**

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. Closner | Suite B | Edinburg, TX 78541  
Número de teléfono: (956) 383-6240