



Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo

Solicitud e Instrucciones 2026



Asistencia disponible para residentes del Condado de Hidalgo

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

*Para cada miembro de la familia

Comprobante de Ciudadanía

*Uno de los siguientes:

- Pasaporte Estadounidense
- Acta de Nacimiento
- Certificado de Naturalización/Ciudadanía
- Tarjeta de Residencia Permanente
- Asilado(a)/Refugiado(a) - autorizado para empleo



- Si declara niños cuya paternidad es distinta, un comprobante **valido** donde se establezca la custodia de los niños es requerida.

Comprobante de Identidad

*no vencida

*Para miembros de 18 años y mayores

- Identificación con foto emitida por el Gobierno Federal o Estatal

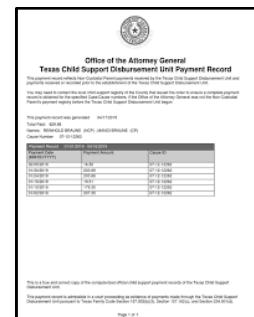
Comprobante de Ingresos

*Para miembros de 18 años y mayores

***Los últimos 30 días desde la fecha en la solicitud**

- Talones de cheques
- Carta de beneficios de SS/SSI/RSDI
- Retiro/Pensión/Anualidad
- Pensión/Discapacidad para Veteranos *(DD214 requerida)
- Seguro/Compensación de Trabajadores
- Manutención de Menores (registro de pagos)
- Beneficios de Desempleo (historial de pagos)
- Carta de beneficios de SNAP/TANF

-
- Desempleado, empleo propio, o apoyo familiar, requerirán una hoja de Declaración de Ingresos



Facturas

- Factura completa de LUZ/GAS

Desconexiones

- Notificación de desconexión y la factura previa completa de LUZ/GAS

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE!

Documentación adicional puede ser requerida dependiendo del programa al cual esta solicitando.



AGENCIA DE SERVICIOS COMUNITARIOS DEL CONDADO HIDALGO

SOLICITUD PARA SERVICIOS

OFFICE USE ONLY

Date Received:

Client ID:



¿Qué tipo de asistencia está solicitando? (Seleccione todo lo que corresponda)

Asistencia de Utilidades Servicios de apoyo familiar Servicios de Emergencia Veterano

¿Vive en el Condado de Hidalgo? Sí No ¿Ha recibido servicios de la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo previamente? Sí No

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Número de teléfono (primario):	Número de teléfono (secundario):	Correo electrónico:
Dirección residencial:		Ciudad, Estado, Código postal:
Dirección postal (si es diferente):		Ciudad, Estado, Código postal:
Usted es: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Otro \$_____	¿Usted vive en?: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Otro _____	
Nombre del propietario:	Número de teléfono (móvil):	Correo electrónico:

Género	Raza	Etnicidad	Educación	Estado Militar	Seguro Medico	¿Necesita Asistencia Dental?
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Afroamericano	<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 a 4 años Colegio	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> N/A	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seguro Dental <input type="checkbox"/> Con seguro <input type="checkbox"/> Sin seguro						

Estado de Trabajo (18 o más)	Verifique todos los ingresos de TODOS los miembros del hogar (Seleccione todo lo que corresponde)	Recibo de beneficios no monetarios (Seleccione todo lo que corresponde)	
<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"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> SS Descapacitados <input type="checkbox"/> SS Jubilados <input type="checkbox"/> Suplemental <input type="checkbox"/> Pensión/Anualidad <input type="checkbox"/> Discapacidad Privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Manutención de menores <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"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Vale de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Vale de elección de vivienda <input type="checkbox"/> Subsidio de la ley de atención accesible <input type="checkbox"/> Viviendas Públicas (Housing/Sección 8) <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro

Información de servicios de utilidades

Proveedor de electricidad:	Nombre en la Factura:	# de cuenta:	<input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Enfriamiento
Proveedor de gas/propano:	Nombre en la Factura:	# de cuenta:	<input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Enfriamiento
Despositivo de enfriamiento: <input type="checkbox"/> Unidad Central <input type="checkbox"/> Unidad de ventana <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno			
Despositivo de calefacción: <input type="checkbox"/> Unidad Central <input type="checkbox"/> Estufa de leña <input type="checkbox"/> Estufa <input type="checkbox"/> Calentador de pared <input type="checkbox"/> Calentador de gas <input type="checkbox"/> Calentador eléctrico <input type="checkbox"/> Ninguno			



Información del hogar

Nombre del miembro del hogar & Número de Seguro Social	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo M/F	Raza (Blanca, Afroamericano, Asiático, Indio Americano, Nativo de Alaska, Multiracial, Otro)	Etnicidad (Hispano/No Hispano)	Máximo nivel educativo (0-8 grado, 9-12 grado, HS grado, GED, 12+ colegio, 2 a 4 años de colegio)	Estado laboral (Tiempo completo, Medio tiempo, Desempleado + de 6 meses, Desempleado - de 6 meses, Menor de 18 años, Desabilitado, Retirado)	Seguro Medico	Estado Militar
									Seguro Dental	(Activo, Veterano, N/A)
1. _____ #ss									Sí o No	
2. _____ #ss									Sí o No	
3. _____ #ss									Sí o No	
4. _____ #ss									Sí o No	
5. _____ #ss									Sí o No	
6. _____ #ss									Sí o No	
7. _____ #ss									Sí o No	
8. _____ #ss									Sí o No	
9. _____ #ss									Sí o No	
10. _____ #ss									Sí o No	



HIDALGO COUNTY COMMUNITY SERVICE AGENCY LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE



Como solicitante del programa, por este medio doy permiso a la Oficina de 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. Empleo, y 5. Educación.

- Afirmo que la información presentada es cierta y verdadera según hasta donde yo sé.
- Entiendo que la elegibilidad para la asistencia del programa es determinado de acuerdo a las pautas federales de ingresos de pobreza y otros criterios.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una negación de elegibilidad.
- Autorizo a 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 la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo tenga acceso a mi cuenta de servicios públicos para obtener información del historial de pagos y facturación de 12 meses, la cual se utilizará solamente para determinación de elegibilidad. Estoy consiente que esta información puede contener información personal.
- Reconozco que la oficina de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo no usara mi información sin mi consentimiento, excepto cuando sea necesario para procesar mi solicitud.
- Estoy consiente de posible procesamiento federal por presentar información falsa.
- Estoy de acuerdo en recibir comunicados por mensajes de texto y correo electrónico.

¿Está interesado/a en el programa de Climatización? Sí No

Este programa brinda asistencia para conservar energía y reducir las facturas elevadas de servicios públicos para ayudar a ser más autosuficiente.

Lea atentamente y seleccione la opción que corresponda (la última opción cancela la primera):

- Autorizo a la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo que comparta mi información personal/demográfica con otros departamentos y organizaciones comunitarias con el fin de brindar servicios adicionales, de coordinar y facilitar la presentación de servicios a nuestro hogar.
- No** autorizo a la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado 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 válida y aplicable para todos los documentos relevantes, pero no limitado a la Declaración de Ingresos (DIS) y la Verificación Sistemática de Extranjeros (SAVE).

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

Solicitante (Nombre) _____

Solicitante (Firma) _____ Fecha _____

Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo

RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

**POR FAVOR DE LEER - GUARDE ESTE
DOCUMENTO COMO CONSTANCIA.**



- Reconozco que el programa es un programa financiado con fondos Federales disponibles, puede ser que no todas las viviendas califiquen para recibir asistencia cada año.
- Es necesario que aplique cada año para el programa de asistencia de servicios de utilidades.
- El periodo de procesamiento de mi solicitud puede tardar hasta 45 días después de la fecha en mi solicitud y la aprobación no es garantizada. Entiendo que mi hogar debe cumplir con los requisitos de los ingresos Federales actuales establecidos por el USHHS.
- Entiendo que, si no entrego todos los documentos necesarios, puede haber un retraso en el proceso de mi solicitud.
- Reconozco 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 sea sujeta a fondos disponibles. Yo soy completamente responsable de la cuenta antes y después de la solicitud hasta que se determine el proceso de elegibilidad. La falta de pagos, puede resultar en la interrupción de servicios.
- Reconozco que la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo no va a pagar ningún cobro por pago tardío, depósitos, cargos por desconexión, o cargos de reconexión y que yo soy responsable de hacer los pagos de estos cargos a mi proveedor de servicios de utilidades.
- Si mi solicitud es aprobada, recibiré una carta de elegibilidad indicando los meses y la cantidad de los beneficios por los cuales fui aprobado/a.
- Si mi solicitud fue negada, recibiré una notificación de negación detallando las razones pertinentes. También se me dará información del proceso de apelación.
- Reconozco que el aviso de desconexión será procesado 48 horas después de que la solicitud sea revisada para determinar si califica.
- Reconozco que el Programa de Asistencia de Utilidades provee asistencia para la luz y el gas solamente. (No incluye agua, renta, hipoteca, cable o teléfono)
- Reconozco que soy responsable de notificar a la Agencia de Servicios Comunitarios del Condado de Hidalgo de cualquier 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 exmiembros de los servicios militares

Las mujeres y hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo los Marineros de la Armada, la Guardia Costera, las Reservas y la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el portal de Veteranos de Texas en el sitio web

<https://veterans.portal.texas.gov/>

Hidalgo County Community Service Agency
2524 N. Closner Blvd. Edinburg, TX 78541
www.hidalgocsa.org

Solo las solicitudes completas serán procesadas