

Asistencia disponible para residentes del Condado de Hidalgo

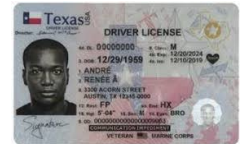
DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

*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

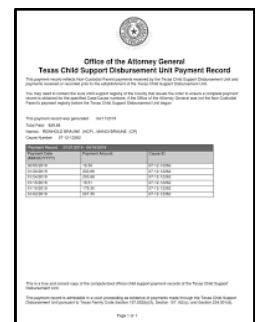
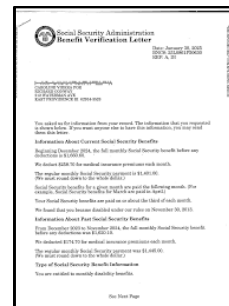
☐ Comprobante de Ingresos

*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 Movil <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 Discapacitados <input type="checkbox"/> SS Jubilados <input type="checkbox"/> Suplemental <input type="checkbox"/> Pensión/Anuilidad <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
Dispositivo de enfriamiento:	<input type="checkbox"/> Unidad Central <input type="checkbox"/> Unidad de ventana <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno		
Dispositivo 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, Africanoamericano, 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 Médico	Estado Militar (Activo, Veterano, N/A)
									Seguro Dental	
1. _____									Sí o No	
#ss									Sí o No	
2. _____									Sí o No	
#ss									Sí o No	
3. _____									Sí o No	
#ss									Sí o No	
4. _____									Sí o No	
#ss									Sí o No	
5. _____									Sí o No	
#ss									Sí o No	
6. _____									Sí o No	
#ss									Sí o No	
7. _____									Sí o No	
#ss									Sí o No	
8. _____									Sí o No	
#ss									Sí o No	
9. _____									Sí o No	
#ss									Sí o No	
10. _____									Sí o No	
#ss									Sí o No	



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 utilizara 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 mas 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 mas 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