

RPU SHARE PROGRAMA DE ASISTENCIA DE PAGO

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Información Básica	Apellido del solicitante Primer Nombre Inicial			Número del Seguro Social			Número de Teléfono			
	Dirección del Solicitante						¿Cómo se enteró de SHARE?			
	Número total de las personas que viven en el hogar, incluyendo a la persona que aplica:				Miembros del hogar: (Por favor, incluya hoja separada para los miembros adicionales):					
	Utilidad Número de cuenta:		Tipo de servicio de utilidad: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua		Nombre		Relación con la persona que aplica		Tipo de ingreso	Edad
	Servicio de utilidad en el nombre de:									
	Edades de 2 años o menores									
	Edades de 3 - 5 años									
	Edades de 6 - 17 años									
	Edades de 18 - 59 años (Adultos)									
	Edad 60 años o más (Ancianos)									
Deshabilitados										
Verificación de Ingresos	TIPO DE INGRESOS (por cada miembro del hogar – últimas 4-semanas)								Ingresos	
	1. Talones de Pago (Salario bruto, jornales, fondo de aprendizaje, bonos, sobretiempo ingresos bruto denegocio independiente)								\$	
	2. Asistencia Pública - Cal Works - TANF (AFDC)								\$	
	3. Beneficio de Seguro Social (SSI/SSP o SSA) (Favor indique si es que los dos beneficios son otorgados)								\$	
	4. Pensiones (Beneficios de Retiro, Beneficio de Seguro, Seguro de Deshabilitado, Seguro de Incapacitado)								\$	
	5. Especifique cualquier otro tipo de ingreso (manutención conyugal o de hijos, Cuenta de Ahorros, Inversiones, Intereses, Pago del deber del jurado, Seguro de Desempleo)								\$	
	6. Sin ingresos (Por favor, indique la razón y la duración del tiempo de ningún ingreso) debe proporcionar la documentación.									
TOTAL:								\$		
Firma del Solicitante	1. A través de este documento autorizo a: "Community Action Partnership" a Examinar todo empleo, ingresos, servicio de utilidades, combustible y cualquier otro record pertinente a mi solicitud de asistencia de energía. 2. Por este medio autorizo al proveedor de combustible a proveer información relacionada a mi pasado y presente estado de cuenta a la agencia nombrada en el artículo 1 de esta sección. 3. Yo, certifico que temporalmente me encuentro incapaz de pagar mi cuenta(s) de energía(s). 4. Yo, certifico que soy yo independientemente o conjuntamente con otros, responsable por el pago del servicio de energía en estedomicilio. 5. Yo, certifico bajo pena de perjurio que toda la información aquí mencionada es verdadera y correcta conforme a mis conocimientos y que he leído la Notificación de Privacidad.									
	Firma del Solicitante			Fecha			Firma del testigo si aplicable			
Programa de Asistencia para el Ahorro de Energía	La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para asistencia. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento (permiso) a RPU, sus contratistas, consultores, otras agencias federales, estatales o locales (RPU Partners) y a mi compañía de servicios públicos y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de utilidad de mi hogar, uso de energía y/ u otra información necesaria para proveerme de servicios y beneficios como se describe al final del formulario.									
	Firma del Solicitante			Fecha			POR FAVOR, NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA			
Necesidades de Energía de Verificación	USO DE LA OFICINA SOLAMENTE									
	Deposit Notice: _____				Amount of Bill: _____				Danger of Disconnection:	
	Current Assistance: _____				Current Assistance: _____				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
				Last Date of SHARE Assistance: _____				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Aprobación de la agencia	Monthly: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No									
	Emergency/ Deposit: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Intake Worker's Signature			Intake Worker's Name (Print)			Date	

