

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Primer nombre

Apellido

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE CORREO

Dirección

Apartamento / Unidad # / Piso (si aplica)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO

Marque aquí si la dirección del servicio es la misma que la dirección postal anterior. Si son iguales, no llene los espacios en blanco a continuación.

Dirección

Apartamento / Unidad # / Piso (si aplica)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

DEMOGRAFIA INFORMACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

¿Es el solicitante el jefe de familia? (Esta es la persona responsable de las facturas del hogar) Sí No

Estado civil del jefe de familia Casado(a) Soltero(a) Separado(a) / Divorciado(a) Viuda / Viudo

Edad del jefe de hogar 18-49 50-59 60+

¿Es el jefe de familia un veterano de los Estados Unidos? Sí No

Género del jefe de hogar Masculino Femenino Otro Negarse a contestar

Raza del jefe de hogar Nativo de Alaska Indio americano Asiático Negro o afroamericano

Raza mixta Nativo hawaiano Otro isleño del pacífico Blanco Negarse a contestar

Jefe de hogar origen étnico Hispano o latino No hispano o latino Otro Negarse a contestar

Jefe de hogar otras características Ninguno Padre/Madre Soltero(a) Abuelo con niño

Viudo(a) Otro _____

DEMOGRAFÍA
INFORMACIÓN DEL APLICANTE (Complete solo si el solicitante no es jefe de familia)

- Estado civil del solicitante** Casado(a) Soltero(a) Separado(a)/Divorciado(a)
- Edad del solicitante** 18-49 50-59 60+
- ¿Es el solicitante un veterano de los Estados Unidos?** Sí No
- Viuda / Viudo Genero del solicitante** Masculino Femenino Otro Negarse a contestar Raza del solicitante
- Nativo de Alaska Indio americano Asiático Negro o afroamericano Raza mixta Nativo hawaiano
- Otro isleño del pacífico Blanco Negarse a contestar
- Etnia del solicitante** Hispano o latino No hispano o latino Otro Negarse a contestar
- Solicitante otras características** Ninguno Padre/Madre Abuelo con niño Viuda / Viudo soltero(a)
- Otro _____

INFORMACION DE RESIDENCIA

- Solicitante de 65+ El solicitante recibe SSD Alquilar Dueño
- ¿Alguien en el hogar ha solicitado el desempleo o la incapacidad temporal?** Sí No
- ¿Alguien en el hogar tiene una afección médica y depende de equipos médicos eléctricos?** Sí No
- ¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual?** _____
- ¿Cómo se calienta la residencia?** Gas Eléctrico Petróleo Propano Otro Número de personas que viven en el hogar (por edad)
- 0-6 Años _____ 7-17 Años _____ 18-49 Años _____ 50-59 Años _____ 60+ Años _____

ASISTENCIA RECIBIDA
(Esta sección NO es obligatoria si solo se solicita el programa Veolia Cares)

- ¿Alguien en el hogar ha recibido asistencia durante el año en curso?** Sí No
- En caso afirmativo, seleccione toda la asistencia recibida de los programas que se enumeran a continuación y omita la sección Información de ingresos.**
- Affordable Connectivity Program (ACP) AQUA Aid Program
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) Lifeline Communications Program
- Lifeline Utility Assistance Program NJ American Water H2O Program NJ FamilyCare/Medicaid
- NJ SHARES Energy Assistance Grant NJ SMART Program NJ SHARES SMART Utility Assistance Program
- Supplemental Security Income (SSI) Universal Service Fund (USF) Veterans Pension
- Veterans Survivors Pension WorkFirst NJ - Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

INFORMACION DE INGRESOS**(Esta sección NO es obligatoria si solo se solicita el programa Veolia Cares)**

Total de adultos (18+ años) en el hogar _____ ¿Cuántos adultos tienen ingresos en el hogar? _____

Número de adultos que no tienen ingresos ____ (Complete el formulario en la última página para adultos sin ingresos).

Origen de ingresos Empleo Pensión Seguro Social con Medicare Seguro Social sin Medicare Deshabilitate Desempleo Manutención de los hijos Ingresos por alquiler Otro _____**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #1)** Semanal – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Cantidad 4: \$ _____ Cada dos semanas – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Mensual – Cantidad 1: \$ _____**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #2, si necesario)** Semanal – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Cantidad 4: \$ _____ Cada dos semanas – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Mensual – Cantidad 1: \$ _____**Si los miembros adicionales del hogar tienen ingresos, utilice la última página de la solicitud.****INFORMACIÓN VARIADA**Número de teléfono _____ Teléfono móvil CasaNúmero de teléfono adicional _____ Teléfono móvil Casa Acepto recibir mensajes de texto SMS relacionados con mi solicitud u otra asistencia para la que pueda ser elegible.¿Por qué necesita ayuda? Salud médica Desempleados Horas reducidas / Cambio de empleo Otro _____

Lenguaje primario (si no es inglés) _____

¿Cómo se enteró de SHARES? Remisión de la empresa de servicios públicos Organización de la comunidad Amigo Funcionario electo Evento con SHARES Otro _____

INFORMACION DE UTILIDAD

¿Qué tipo de asistencia solicita? Seleccione todas las que correspondan

ENERGÍA				AGUA							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Servicio Municipal de Electricidad _____			<input type="checkbox"/>	Servicio Municipal de Agua _____				
						<input type="checkbox"/>	Servicio Municipal de Alcantarillado _____				

Si está aprobado para el programa de descuento **New Jersey American Water Universal Affordability Discount Program**, ¿estaría interesado en inscribirse para recibir un kit de conservación de agua? Sí No

Número de cuenta de servicios públicos	Número de cuenta de servicios públicos	Número de cuenta de servicios públicos	Número de cuenta de servicios públicos
Balance de servicios públicos	Balance de servicios públicos	Balance de servicios públicos	Balance de servicios públicos
Fecha y monto del último pago	Fecha y monto del último pago	Fecha y monto del último pago	Fecha y monto del último pago
Fecha de cierre (si corresponde)	Fecha de cierre (si corresponde)	Fecha de cierre (si corresponde)	Fecha de cierre (si corresponde)

Si Atlantic City Electric fue seleccionada, por favor responda las siguientes preguntas:

- ¿Ha tenido una evaluación por parte de Atlantic City Electric para reemplazar su medidor? Sí No
- En caso afirmativo, ¿tiene un código de invitación? Sí No
 En caso afirmativo, ingrese el código aquí: _____

LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD NO GARANTIZA LA ASISTENCIA. INCLUSO SI SE PROPORCIONA ASISTENCIA, ES MUY IMPORTANTE QUE SIGA HACIENDO PAGOS.

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN/DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD

La información personal que proporciona al solicitar un programa de asistencia con SHARES se utiliza para facilitar una solicitud de asistencia. El envío de su información indica que ha leído y acepta lo siguiente:

Al firmar, certifico que la información proporcionada y adjunta a esta solicitud es verdadera, completa y correcta. Soy consciente y entiendo que si cualquier información contenida o adjunta a esta solicitud es deliberadamente falsa, estoy sujeto a enjuiciamiento penal. Entiendo que debo proporcionar la documentación requerida y cualquier documentación adicional solicitada dentro de los 10 días hábiles para continuar con el proceso de solicitud. Por la presente, autorizo a mi(s) proveedor(es) de servicios públicos a divulgar la información de mi cuenta de cliente, incluido el uso, el historial de pagos y la participación en otros programas de subvenciones de servicios públicos a SHARES con el fin de procesar mi solicitud de SHARES y monitorear el progreso de mi(s) cuenta(s) de servicios públicos. Entiendo que la información de esta solicitud puede compartirse para garantizar el acceso a todos los programas de asistencia para los que puedo ser elegible. Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la subvención de SHARES sea aprobada.

Firma del solicitante

Fecha

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA

Fecha	Nombre del agente / representante	Nombre y ubicación de la agencia

(Ingresos adicionales, si corresponde.)

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #3, si necesario)

- Semanal – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Cantidad 4: \$ _____
- Cada dos semanas – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____
- Mensual – Cantidad 1: \$ _____

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #4, si necesario)

- Semanal – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Cantidad 4: \$ _____
- Cada dos semanas – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____
- Mensual – Cantidad 1: \$ _____

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #5, si necesario)

- Semanal – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Cantidad 4: \$ _____
- Cada dos semanas – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____
- Mensual – Cantidad 1: \$ _____

Afirmación de Cero Ingresos

Esta página debe ser completada y firmada por el solicitante cuando haya miembros adultos del hogar sin ingresos. Esta sección NO es obligatoria si solo se solicita el programa Veolia Cares.

Afirmo que los siguientes miembros adultos del hogar tienen cero ingresos y no contribuyen a los gastos de mi hogar:

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____