Commonwealth of Virginia - Department of Social Services		AGENCY U	JSE ONLY:			
Locality/FIPS	Case #	Date Application Received	Worker #	Intake $\Box$	Change	Renewal
ESPONDA TODAS LAS PRI	Solicitud del Programa EGUNTAS POR COMPLETO	de Pago de Ingresos por po	orcentaje (PIPP, por sus siglas e	en inglés)		
Su nombre (apellido, nombre	, inicial del segundo nombre):		¿En qué ciudad o co	ondado vive?		
Su dirección física/de servicio	o (incluya número de apto.):					
Su dirección postal (si es dife	rente a la dirección física):					
Número de teléfono de casa:	Número o	le celular:	Número d	le teléfono del trabajo:		
Dirección de correo electrónic	со		Idioma principal que se habla en su hoga	ar:		
Si desea recibir un mensaj de las siguientes opciones. programas del caso para el UU. Si está realizando un	ondencia (Nota: este no es lo mismo que la re de texto o un correo electrónico notificándo. Incluya un número de teléfono celular o una que aplicó. Si decide no recibir una notifica a solicitud a nombre de otra persona como revicios sociales para saber cómo cambiar el mo	nejor manera para que su trabajador ole que se puede acceder de forma el a dirección de correo electrónico. Un ción mediante un mensaje de texto o presentante autorizado, se le enviará	lectrónica a una parte de su correo sobre na vez que elija el método de correspond o correo electrónico, recibirá toda la corr	e sus beneficios a través de lencia electrónica preferid respondencia por escrito a	o, se utilizará pa través del corre	seleccione una ara todos los o postal de EE.
☐ Mensaje de texto ☐	Correo electrónico Celular para mensaje	de texto: Proveedo	r de servicios de telefonía móvil:	Dirección de co	orreo electrónico	):
A. Pago por calefacción p     2. Marque con un círculo la l     A. Soy propietario o estoy todas mis facturas de c     B. Soy propietario o alqui C. Pago \$ de     E. Pago \$ de     F. Vivo en una vivienda s cargos por uso excesiv	etra que mejor describa su situación de vida a y comprando mi casa y pago todas las factura calefacción. ilo mi casa y <u>no</u> pago facturas de calefacción. alquiler y también pago la calefacción por se alquiler y la calefacción está incluida en el pa ubsidiada, Sección 8, HUD y en ocasiones pa	. Se envía a mi casa combustóleo, q actual. Lea cada una antes de elegir. s de G. Vivo en vivienda I. Vivo en una habit parado. L. Vivo en una insti ago. P. Vivo sin pagar al go Q. Vivo en un refug casa, apartament	ueroseno, propano líquido (LP)/gas enva MARQUE CON UN CÍRCULO SOL as de la Sección 8, HUD, viviendas substación de la casa de otra persona. itución, hogar grupal, centro de tratamie quiler en más de una habitación, casa o a gio de emergencia o no tengo hogar. Tento o más de una habitación. IEGATIVO, ¿quién no es ciudadano?	O UNA.  sidiadas y pago con regula:  ento u hogar para adultos.  apartamento y pago la cale go un acuerdo para mudar	ridad algunas o o efacción. me a una	calefacción.
	e alguna discapacidad?SÍNO		FIRMATIVO, ¿quién tiene discapacidad			
5. ¿Cuántas personas viven e						
6 : Alguien está temporalme	nte fuera de casa? SÍ NO En c	aso AFIRMATIVO : quién?		: Fecha prevista de regreso	2	

Enumérese a sí mismo en primer lugar y <u>a todas las personas que viven en el hogar.</u> Indique el número de seguridad social de <u>todas las personas</u> que viven en su hogar. Complete la información de cada persona.

NOMBRE	RELACIÓN CON LA PERSONA EN LA LÍNEA N.º 1					SPANO O LATINO		TRABAJA		MONTO DEL INGRESO	INGRESOS	ENUMERE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS Ingresos ganados (indique el nombre empleador/compañía); trabajo por cuenta propia; desemple
		GÉNERO (M, F)	FECHA DE NACIMIEN TO		Sí (S)	No (N)	Sí (S)	No (N)	MENSUAL BRUTO Adjunte comprobante de ingresos del mes completo anterior a la solicitud	PAGADOS semanales, quincenales, semestrales, mensuales	indemnización por accidente labora ingreso de seguridad suplementario (SSI); seguridad social; beneficios po veteranos; jubilación; asistencia temp para familias necesitadas (TANF); manutención de menores; pensión conyugal; ingresos de alquil etc	
	Soy yo											
<ul> <li>7. ¿Algún miembro del hogar n</li> <li>8. ¿Algún miembro del hogar n</li> <li>9. ¿Reciben servicios basados e El monto que paga el pacien</li> <li>10. ¿Alguien paga el seguro de</li> <li>11. Marque con un círculo el tip</li></ul>	recibe Medicaion en el hogar y la te es \$  Parte B  po de combusti  [] (] (] (] (] (] (] (] (] (] (] (] (] (]	d?SÍN a comunidad de Me o Dde Medic ible que usa para la Gas natural Carbón ectricidad::	O En caso edicaid? are?SÍ calefacción	afirmativo, _SÍNONONo de su hogabmbustóleo adera	nombre(s) NO Er En ca ar. <b>MARQ</b> I	en el cas n caso afi so afirma UE SOL Que	o rmativo, tivo, ¿qu O UNO. roseno troano líqu	¿quién  iién?  anspare ido (LP)	nte )/Gas em	e?		
Nombre de la cuenta Número de cuenta						_	¿Quién es responsable de pagar la factura?					
¿El pago se realiza me	ediante un pago	o automático de dél	bito/crédito	o giro banc	ario mensu	al?						
13. A continuación, describa las	s circunstancia	s de sus servicios e	léctricos ac	tuales de su	ı hogar:							
☐ Calefacción primaria: ya desconectada Compañía:							Fecha de desconexión:					
☐ Recibimos el aviso de desconexión de la calefacción primaria Compañía:							Fecha programada de desconexión:					
☐ Cuenta eléctrica de prepago ¿Saldo de \$25 o menos?SÍNO						Saldo de la cuenta: \$						
□ Tanque de propano/gas embotellado ¿Menos del 20 % en el tanque?SÍNO Tamaño de su tanque:¿Cuál es el porcentaje de su tanque hoy?						su tanque hoy?%						
☐ Tanque de combustóleo o qu	ieroseno ¿l	Menos de 25 galon	es en el tano	que?SÍ	iNО	Tama	ño de su	tanque:		¿Cuántos ga	lones hay en su	tanque hoy?
☐ Carbón o madera	25	Suministro para me	enos de 7 día	as?SÍ	NO	¿Cuá	ntos días	de sum	inistro d	e carbón o madera	le quedan?	

## Certificación de la Agencia de Registro de Votantes del Commonwealth de Virginia

Si no está registrado para votar en el lugar en el que vive ahora, ¿le gustaría registrarse para votar aquí hoy?					
	Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual, o no soy elegible y no necesito una solicitud para registrarme como votante.				
	Sí, me gustaría solicitar el registro para votar. (Haga clic aquí para presentar su solicitud en línea o haga clic aquí para descargar un formulario para registrarse como votante).				
	No, no quiero registrarme para votar.				

## SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE USTED DECIDIÓ NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Solicitar o negarse a registrarse para votar no afectará la asistencia ni los servicios que le proporcionará esta agencia. Si rechaza registrarse para votar, este hecho seguirá siendo confidencial. Si se registra para votar, su solicitud se mantendrá confidencial y se usará solo para propósitos de registro de votantes. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado si lo desea. Si considera que alguien interfirió con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar o su derecho a la privacidad para decidir si desea registrarse o al solicitar el registro para votar, usted puede presentar un reclamo ante el:

Secretario de la Junta Electoral del Estado de Virginia Washington Building 1100 Bank Street Richmond, VA 23219-3497 (804) 864-8901

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Virginia (Virginia Department of Housing and Community Development, DHCD) administra el Programa de Asistencia para la Impermeabilización (Weatherization Assistance Program, WAP) a través de una red de organizaciones sin fines de lucro en todo el estado. El WAP reduce el uso de energía en los hogares a través de la instalación de medidas de ahorro de energía rentables, que también mejoran la salud y la seguridad de los residentes. Algunas medidas comunes incluyen sellar fugas de aire, agregar aislamiento y reparar los sistemas de calefacción y refrigeración. Puede obtener más información acerca del WAP en <a href="https://www.dhcd.virginia.gov/wx">https://www.dhcd.virginia.gov/wx</a> o llamando al (804) 371-7000. Al enviar una solicitud para PIPP, usted acepta participar en actividades de impermeabilización, programas de eficiencia energética y educación sobre conservación de energía, si se aprueba su caso.

## CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que las declaraciones y los anexos anteriores son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. Notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) en un plazo de 5 días cualquier cambio que se produzca en mi situación. Comprendo que ni yo ni ningún miembro de mi hogar podemos vender las mercancías compradas a mi nombre a través del programa a menos que el DSS local me otorgue permiso para vender. Cualquier beneficio recibido debe utilizarse para el propósito aprobado. Puedo presentar una queja si siento que fui discriminado por mi raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo, edad, creencias políticas, religión, orientación sexual, estado civil o familiar. Si doy información falsa, retengo información, no informo los cambios con prontitud u obtengo asistencia para la cual no soy elegible, puedo estar infringiendo la ley y podría ser procesado por perjurio, hurto y/o fraude. Si completé o ayudé a completar este formulario de solicitud y ayudé e instigué al solicitante a obtener asistencia para la cual no es elegible, es posible que esté infringiendo la ley y podría ser procesado. Comprendo que el DSS puede usar la información contenida en esta solicitud o que pueden contactarme con fines de investigación, evaluación y análisis en la medida permitida por las leyes estatales y federales. Mi firma autoriza al DSS a obtener cualquier verificación para establecer la elegibilidad de mi hogar para recibir asistencia o a proporcionar información en el expediente de mi caso a otras organizaciones de las cuales recibí o solicité asistencia. Comprendo que, al proporcionar información de mi(s) proveedor(es) de energía/cuenta, estoy autorizando a los proveedores de energía a que proporcionen detalles sobre mi cuenta y el uso de la energía al DSS con fines de verificación, evaluación, informes y análisis del programa. Acepto eximir de responsabilidad y/o liberar a mi proveedor de energía de y contra cualquier reclamo, pérdida, demanda, daño o responsabilidad de cualquier tipo causados o supuestamente ca

Firma O marca del solicitante:	Fecha	
Testigo de la marca o intérprete:	Número de teléfono	Fecha
Completado en nombre del solicitante por:	Número de teléfono	Fecha