



## Solicitud para Home Energy Plus

Para solicitar en línea Asistencia energética vaya a <https://energybenefit.wi.gov>

Solo para uso interno – Las áreas sombreadas deben ser completadas por la agencia		
Fecha de solicitud (mm/dd/aaaa):	Número del trabajador:	<input type="checkbox"/> Retirada
Tipo de difusión: <input type="checkbox"/> Agencia local <input type="checkbox"/> Centro alternativo _____ <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono		
Este formulario está autorizado conforme a la Ley estatal de Wisconsin 16.27(2)(a). Toda la información en la solicitud es necesaria para considerar la elegibilidad para recibir beneficios bajo el Programa de asistencia energética domiciliaria y el Programa de asistencia para climatización. La obtención de su número del seguro social no está prohibida por la ley federal y es necesario hacer seguimiento a los beneficios otorgados al solicitante por este Programa. Al proporcionar la información en la solicitud, usted autoriza al Departamento de Administración de Wisconsin ( <i>Wisconsin Department of Administration</i> ) y sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados en bases de datos o registros federales, estatales, condales, de proveedores de energía, empleadores y arrendadores. La información recopilada en este formulario puede ser divulgada a programas energéticos que operan bajo la Autoridad de programa de beneficios públicos de Wisconsin ( <i>Wisconsin Public Benefit Program Authority</i> ) o la Aprobación de la Comisión de Servicio Público de Wisconsin ( <i>Wisconsin Public Service Commission Approval</i> ), y se podrá usar para fines de derivación, investigación, evaluación y análisis.		
1. Territorio (condado o tribu) en el que vive:		ID de la persona (este número es proporcionado por el Programa):
2. Nombre:	Inicial intermedia:	Apellido: (Tal como aparecen en la tarjeta del seguro social)
3. Alias de nombre (si corresponde):		Alias de apellido (si corresponde):
4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):		5. Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
6. Número de teléfono principal: ( ) _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Contacto		
Número de teléfono secundario: ( ) _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Contacto		
7. Dirección de correo electrónico:		
8. Método preferido de comunicación con el hogar: <input type="checkbox"/> Teléfono principal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Mensaje de texto		
9. Tipo de vivienda en la que reside:		
<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar		Solo para uso interno: <input type="checkbox"/> Vivienda no elegible
<input type="checkbox"/> Edificio de 2 a 4 unidades (incluye condominios) – Número de unidades/apartamentos en su edificio: _____		
<input type="checkbox"/> Apartamento o edificio de múltiples unidades (incluye condominios) – Número de unidades/apartamentos en su edificio: _____		
<input type="checkbox"/> Casa móvil		
<input type="checkbox"/> Casa de huéspedes, motel, hotel, YMCA o YWCA		
<input type="checkbox"/> Otra (describa)		
10. Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial):		
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Zip _____
11. Dirección residencial (debe completarse):		
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Zip _____

12. Es propietario o alquila su residencia: (Elija alquiler si nadie que vive en el hogar es propietario de la residencia)

Propietario

Alquiler Si alquila, se requiere la siguiente información del arrendador:

ATENCIÓN: Elija "Propietario" si posee una vivienda móvil y paga renta por el terreno

Empresa administradora o nombre comercial (si corresponde):

Punto de contacto o nombre del arrendador:

Correo electrónico del arrendador:

Número de teléfono del arrendador:

( )

Dirección del arrendador:

Ciudad:

Estado:

Zip:

13. Indique el número de habitaciones en su residencia:

El trabajador completa el número total de habitaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Salón de estar

\_\_\_\_\_ Comedor

\_\_\_\_\_ Cocina

\_\_\_\_\_ Sala familiar

\_\_\_\_\_ Número de dormitorios

\_\_\_\_\_ Estudio/Oficina

Indique otras habitaciones: \_\_\_\_\_

No cuente los baños, sótanos sin terminar, cuartos de lavado, pasillos, entradas, áticos sin calefaccionar y porches o clósets.

14. Seleccione la respuesta que mejor describa su arreglo de vivienda a la fecha de esta solicitud:

Vive en un hogar grupal, hogar de transición, centro residencial comunitario (*Community Based Residential Facility, CBRF*) u hogar de acogida

Vive en una residencia de ancianos

Vive en una institución del gobierno o prisión o cárcel

Está en una situación sin hogar en transición a una residencia permanente.

Ninguna de las anteriores

15. Recibe asistencia para el alquiler (Artículo 8 u otra asistencia de vivienda del gobierno)?

Sí

No

16. ¿Existe un tutor o un representante designado?

Sí

No

Si es así, complete la información del representante:

Autorización del representante

Tutor legal

Poder legal (Power of Attorney, POA)

Beneficiario protector

Nombre del tutor/representante:

Número de teléfono del tutor: ( )

Dirección del tutor/representante:

Ciudad:

Estado:

Zip:

**O: Indique el nombre de una persona que usted autorice para hablar sobre su solicitud y que no aparezca mencionada como tutor o representante designado: Relación:**

17. ¿Es usted (el solicitante) un estudiante menor de 25 años y está inscrito al menos a medio tiempo en una institución de educación superior?

Sí

No

Si contestó que sí, marque cualquiera de las siguientes condiciones que reflejen su situación:

Trabaja actualmente veinte o más horas a la semana y gana por lo menos el sueldo mínimo

Es responsable económicamente de un menor de 18 años que vive actualmente con usted

Tiene una discapacidad física o mental (se requiere verificación de algún programa del gobierno)

Recibe beneficios de compensación por desempleo (unemployment compensation, UC) debido a TAA/NAFTA (tiene que ser estudiante a tiempo completo)

Está recibiendo beneficios TANF o W-2

El cónyuge que vive con usted no es estudiante

No aplican ninguna de las anteriores

18. Grupo étnico del solicitante (marque uno):

Indígena estadounidense o nativo de Alaska

Hispano

No informado

Asiático o isleño del Pacífico

Blanco, no de origen hispano

Negro, no de origen hispano

Otro

19. ¿Alguien en el grupo familiar tiene menos de 18 años y está emparentado con algún miembro adulto del grupo familiar?  Sí  No

20. Ingrese el número total de miembros del grupo familiar (incluido el solicitante que aparece en la página 1): \_\_\_\_\_

Identifique el idioma preferido del grupo familiar: \_\_\_\_\_

Si el idioma preferido del grupo familiar no es el inglés, **indique un miembro del grupo familiar o representante que hable inglés** que pueda responder las preguntas de la solicitud. (Al completar este campo está autorizando al programa a analizar su solicitud con esa persona.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Mencione a <b>todas</b> las personas que viven en su dirección residencial al día de hoy</li> <li>El trabajador se comunicará con usted para pedirle los números del Seguro Social para los solicitantes por primera vez y los nuevos miembros del hogar.</li> <li>En la línea 1 debe ir la persona mencionada en la página 1 (la fecha de nacimiento y el género deben coincidir con la información ingresada en la página 1)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Nombre</b></p>		Las instrucciones en la parte inferior de la página se refieren a los campos de abajo por el número indicado:							Iniciales del trabajador
		Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Género <sup>1</sup> : (M)asculino, (F)emenino	¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?	¿Es esta persona discapacitada?	FoodShare <sup>2</sup>	Servicio militar <sup>3</sup>	¿Este niño está en colocación compartida? <sup>4</sup>	Ciudadanía <sup>5</sup> (Solo para uso interno)
		Ingrese "S" para Sí y "N" para No							
1.	El solicitante de la página 1 debe aparecer aquí								
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									

<sup>1</sup> Indique el género con el que la persona se identifica más estrechamente.

<sup>2</sup> Ingrese "S" en la casilla para FoodShare si esa persona recibió FoodShare el mes anterior a la fecha de esta solicitud.

<sup>3</sup> Ingrese "S" en la casilla de Servicio militar, si esa persona está sirviendo o ha servido alguna vez, o es el cónyuge superviviente de alguien que sirvió en una rama de las fuerzas armadas de Estados Unidos (ejército, marina, fuerzas aéreas, cuerpo de marines, guarda costas) como servicio activo, reserva o guardia nacional.

<sup>4</sup> Enumere todos los niños que están viviendo en su hogar y que están en un mínimo del 50% de colocación compartida. Se requiere verificación de la colocación del niño (como una copia de la orden judicial) cuando los niños están viviendo en un sistema de vivienda de colocación física compartida.

<sup>5</sup> El trabajador de la oficina ingresará "C", "E", o "I" en la casilla de Ciudadanía para identificar si esa persona es un (C)iudadano de los Estados Unidos, no ciudadano (E)legible, o no ciudadano (I)nelegible. El trabajador que completó esta casilla debería colocar sus iniciales en la parte superior de la columna.

**INGRESOS:**

¿Es su grupo familiar un grupo familiar con cero ingresos?  Sí  No

**ATENCIÓN:** Un grupo familiar con cero ingresos no tuvo ninguna fuente de ingresos, ya sea por trabajo o no, en el **mes anterior a la fecha de solicitud**.

**Tipo de ingreso:** Si alguien en su hogar está pagando manutención infantil (CS Pagada) ordenada por un tribunal, incluya eso en el ingreso de abajo. Los trabajos pagados en efectivo deberían reportarse como Ingresos autogenerados.

(A) Pensión de alimentos recibida	(GF) Regalos/donaciones	(SSDI) Seguro por discapacidad del seguro social
(CS RECD) Manutención infantil recibida	(GV) Alivio o catástrofe del gobierno	(SSI) Ingreso de seguridad suplementario
(CS Pagada) Manutención infantil pagada	(LC) Pago de contrato de terreno <sup>2</sup>	(T) TANF/W2
(CTS) Suplemento para cuidador de SSI	(O) Otro	(TR) Tribal per cápita <sup>1</sup>
(DL) Discapacidad a largo plazo	(P) Pensiones, anualidades y cuentas IRA <sup>1</sup>	(UC) Compensación por desempleo <sup>3</sup>
(DS) Discapacidad a corto plazo	(R) Ingreso por alquiler <sup>1</sup>	(V) Beneficios para veteranos
(D) Dividendos/Interés <sup>1</sup>	(SE) Ingreso autogenerado <sup>1</sup>	(W) Sueldos y propinas <sup>3</sup>
(G) Apuestas/Lotería/Bingo	(SP) Empobrecimiento del cónyuge	(WK) Indemnización por accidente de trabajo
(GR) Alivio general	(SS) Seguro social	

**Instrucciones:** Enumere **todos** los ingresos brutos del grupo familiar en la tabla de abajo. Ingrese el código del ingreso en la columna de tipo de ingreso y de donde viene ese ingreso en la columna de fuente de ingreso. **OBLIGATORIO:** Se requiere un comprobante del ingreso **bruto** recibido para cada ingreso enumerado a continuación.

Nombre del miembro del grupo familiar	Tipo de ingreso	Fuente del ingreso <sup>4</sup>	Mes anterior	Ítem de verificación	Iniciales del trabajador
<i>Ejemplo: John Doe</i>	<i>W</i>	<i>ABC Corporation</i>	<i>\$1,278.25</i>	<i>No completar</i>	
<b>Ingreso total mensual del grupo familiar</b>					

<sup>1</sup> Este ingreso se basa en un promedio de ingreso de los 12 meses anteriores. Se requiere una copia de la declaración de la renta federal más reciente para completar esta solicitud.

<sup>2</sup> Solo se cuenta el ingreso por intereses recibido. Será necesario proporcionar una copia del programa de amortización o del formulario 1099 emitido con fines tributarios para completar esta solicitud.

<sup>3</sup> Sueldos: proporcione verificación de sueldos que se **recibieron** el mes anterior a la fecha de solicitud en base a la fecha del cheque.

Si el miembro del grupo familiar es un empleado estacional (una persona cuya principal fuente de ingresos se gana en menos de 12 meses de un año calendario), debe indicarse el ingreso anual por el sueldo y por la compensación por desempleo recibidos en el año tributario previo. Será necesario proporcionar copias de los formularios W2 y 1099 para completar esta solicitud.

<sup>4</sup> Ejemplos de fuente: para sueldos, incluya el nombre del empleador como ABC Corporation; si es autoempleo, incluya el tipo de negocio y el nombre del negocio; si es pensión, incluya el beneficiario de la pensión; si son intereses y dividendos, incluya el beneficiario de ese ingreso.

**CONSUMO DE ENERGÍA:** Complete cada sección de consumo de energía – continúa en la página siguiente

**Fuente de calefacción principal:** Seleccione una:

- Calefacción eléctrica    Fuelóleo    Gas natural    Propano    Madera u otra

Seleccione cómo se paga la cuenta de combustible (marque solo una):

- Paga directamente la cuenta enviada por el proveedor de energía (debe completar la información de la cuenta)  
 El pago de renta incluye la energía en el pago del renta mensual (no es vivienda asistida del gobierno)  
 Se hace un pago separado al arrendador, propietario del parque de viviendas móviles o no tiene cuenta directa con un proveedor  
 No paga: la energía se incluye en la renta mensual si reside en una vivienda asistida del gobierno o son inquilinos que no pagan renta o costos de calefacción/electricidad debido a algún acuerdo de pago en especie

Nombre en la cuenta: \_\_\_\_\_

¿Esta cuenta está a nombre de un miembro del grupo familiar?    Sí    No

Si contestó que no, la cuenta está a nombre de:    Un cónyuge fallecido    Un beneficiario protector    Otro

Si es otro, identifique la relación con el titular de la cuenta:

¿El medidor se comparte con otra unidad de vivienda?    Sí    No

¿Hay algún uso comercial o recreativo en esta cuenta (incluyendo agrícola, otro autoempleo, piscina o jacuzzi)?    Sí    No

Nombre del proveedor:

Número del proveedor (uso interno):

Número de cuenta:

Costos de combustible anuales:

**Electricidad (no calefacción):** Si su fuente principal de calefacción (más arriba) es eléctrica, no complete esta sección.

Seleccione cómo se paga la cuenta de electricidad (marque solo una):

- Paga directamente la cuenta enviada por el proveedor de energía (debe completar la información de la cuenta)  
 El pago de renta incluye la energía en el pago del renta mensual (no es vivienda asistida del gobierno)  
 Se hace un pago separado al arrendador, propietario del parque de viviendas móviles o no tiene cuenta directa con un proveedor  
 No paga: la energía se incluye en la renta mensual si reside en una vivienda asistida del gobierno o son inquilinos que no pagan renta o costos de calefacción/electricidad debido a algún acuerdo de pago en especie

Nombre en la cuenta: \_\_\_\_\_

¿Esta cuenta está a nombre de un miembro del grupo familiar?    Sí    No

Si contestó que no, la cuenta está a nombre de:    Un cónyuge fallecido    Un beneficiario protector    Otro

Si es otro, identifique la relación con el titular de la cuenta:

¿El medidor se comparte con otra unidad de vivienda?    Sí    No

¿Hay algún uso comercial o recreativo en esta cuenta (incluyendo agrícola, otro autoempleo, piscina o jacuzzi)?    Sí    No

Nombre del proveedor\*:

Número del proveedor (uso interno):

Número de cuenta:

Costos de combustible anuales:

\*Debe ingresarse un proveedor mostrando quién suministra electricidad a esta vivienda, incluso si la electricidad está incluida en la renta o si se hace un pago separado al arrendador.

**Información adicional de la cuenta de electricidad – responda las siguientes preguntas sobre la situación energética del hogar.**

Estas respuestas no afectarán el monto de su beneficio pero deben responderse.

---

**Fuente de calefacción principal:**

Si su fuente principal de calefacción es a gas natural o es eléctrica, ¿ha recibido un aviso de saldo pendiente o de desconexión en los últimos 90 días?

Sí  No  No aplica

Si su fuente principal de calefacción usa propano o fuelóleo, ¿tiene actualmente su tanque el 20% o menos de combustible restante?

Sí  No  No aplica

---

**Agua caliente:** Identifique el tipo de combustible que calienta el agua en su hogar:

Electricidad  Fuelóleo  Gas natural  Propano  Madera u otra  Ninguna

---

**Fuente de calefacción suplementaria** (¿Usa fuentes de calefacción adicional como chimenea, quemador de madera, calentador de ambientes u otro tipo de calefacción alternativa aparte de la fuente principal?) Identifique, si corresponde, que calefacción suplementaria se usa en su hogar (seleccione solo una):

Calefacción eléctrica  Madera u otra \_\_\_\_\_ (Especifique otra)  Ninguna

---

**Aire acondicionado:**

Identifique el método usado para enfriar su hogar (seleccione solo uno):  Aire acondicionado central

Unidad A/C de pared/ventana  Ninguna

---

**POR FAVOR FIRME LA PÁGINA 7**

**Se requiere comprobante de ingreso para completar la solicitud**

---

**Notas del caso**

**Página de certificación**

ID de la persona:	N.º de solicitud:
-------------------	-------------------

Lea todos los puntos de esta página antes de firmar la solicitud. Si no entiende algún punto, pida ayuda al trabajador.

1. Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información requerida en un plazo de 30 días desde la fecha de esta solicitud o la solicitud será anulada y se denegará. Puedo volver a pedir los beneficios, pero será necesario hacer una nueva solicitud.
2. Entiendo que soy responsable de reportar los nombres de las personas que viven en mi dirección y el número del seguro social y los ingresos de todas las personas en mi grupo familiar. La obtención del número del seguro social no está prohibida por la ley federal y es una información necesaria para verificar los beneficios otorgados al solicitante por este Programa. El no proporcionar esta información resultará en un retraso en el procesamiento de mi solicitud y en la incapacidad para determinar los montos de beneficios.
3. Entiendo que soy responsable de usar los pagos que reciba para pagar los costos de calefacción/electricidad para la residencia indicada en mi solicitud o para pagar los costos de calefacción/electricidad para una futura residencia permanente a la que me mude en Wisconsin.
4. Entiendo que tengo derecho a solicitar los beneficios de Asistencia energética y recibir un pago o una carta explicativa en un plazo de 45 días desde la fecha en que se complete el proceso de solicitud. Entiendo que el pago o la carta explicativa pueden retrasarse dependiendo de cuándo comience el año del programa y/o cuando se procesen los pagos.
5. Entiendo que tengo derecho a pedir una audiencia imparcial en el plazo de 15 días desde que la fecha en que reciba la carta de notificación si creo que mi solicitud de Asistencia energética no se ha procesado oportunamente, se ha denegado incorrectamente o mi pago es incorrecto. También puedo solicitar una audiencia imparcial si no he recibido ningún pago ni explicación. Puedo pedir una audiencia imparcial comunicándome con la oficina local que procesó mi solicitud porque lo solicité directamente a su oficina o presenté una solicitud en línea.
6. Entiendo que tengo derecho a presentar una queja si creo que he sido discriminado de manera ilegal. Puedo presentar una queja comunicándome con la persona autorizada en mi condado o tribu.
7. Entiendo que al proporcionar la información en la solicitud, estoy autorizando al Departamento de Administración de Wisconsin y sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados en bases de datos o registros federales, estatales, condales, de proveedores de energía, servicio de agua, empleadores y arrendadores.
8. Entiendo que al proporcionar los números de cuenta para el proveedor(es) de energía de mi hogar, estoy autorizando al proveedor(es) de energía a entregar información sobre la cuenta y el uso de energía al Departamento de Administración de Wisconsin para los fines de determinar la elegibilidad para esta o futuras solicitudes, determinación de beneficios y evaluación y análisis del programa antes y después de recibir servicios de climatización.
9. Entiendo que los derechos, requisitos y autorizaciones que certifique en esta solicitud también podrán aplicarse a múltiples temporadas de calefacción, crisis y solicitudes de calderas, cuando se emitan beneficios suplementarios y para actividades de difusión.
10. Entiendo que la información recopilada en este formulario puede ser divulgada a programas energéticos que operan bajo la Autoridad del Programa de Beneficios Públicos de Wisconsin (*Wisconsin Public Benefit Program Authority*) o la Aprobación de la Comisión de Servicio Público de Wisconsin (*Wisconsin Public Service Commission Approval*), u otros programas administrados por el Estado de Wisconsin, y se podrá usar para fines de derivación, investigación, evaluación y análisis.
11. Entiendo que si soy elegible para beneficios de asistencia energética, puedo ser derivado a otros programas de climatización y/o energía residencial. Autorizo a la agencia de climatización a proporcionar servicios de climatización a mi residencia. Si no soy el propietario de la residencia, autorizo a la agencia de climatización a comunicarse con el arrendador, y cooperaré con la agencia que preste los servicios de climatización.

Certifico que la información incluida en esta solicitud y toda información proporcionada en conexión con esta solicitud son declaraciones verdaderas y completas de los hechos. Además certifico que he leído y entendido las afirmaciones anteriores. Entiendo que es posible que me pidan proporcionar una prueba de cualquier información en esta solicitud y que dar falsa información anulará esta solicitud, exigirá que devuelva los beneficios recibidos y posiblemente me exponga a un enjuiciamiento penal. Al escribir mi nombre en el campo "Firma del solicitante", indico que soy la persona mencionada y que esta entrada es el equivalente legal de una firma manual/escrita a mano. Además entiendo que puedo imprimir el documento y firmar a mano.	
<b>Firma del solicitante</b>	Fecha (mm/dd/aaaa)
<b>SOLO PARA USO INTERNO</b>	
<b>Firma del trabajador de la agencia</b>	Fecha (mm/dd/aaaa)
<b>Certifico que he verificado la información en esta solicitud de acuerdo con las políticas de Home Energy Plus y que a mi leal saber y entender esta información es precisa y completa. Además certifico que no tengo ninguna relación personal con la persona mencionada en esta solicitud de acuerdo con la política de conflicto de intereses de Home Energy Plus.</b>	

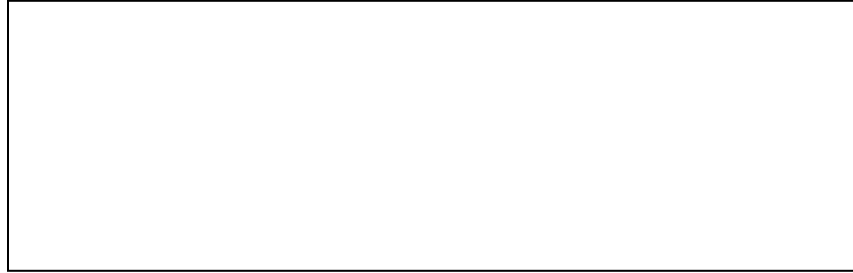
Esta solicitud puede entregarse en formatos alternativos para personas con discapacidades previa solicitud.

**ATENCIÓN:** Las solicitudes en papel deben enviarse por correo a la agencia local.

Si no se indica la dirección de la agencia local, puede obtener la dirección postal correcta para su agencia local de:

<http://homeenergyplus.wi.gov/>

Haga clic en la pestaña “Dónde presentar la solicitud” y seleccione el condado o tribu donde vive.



*Agencia: adjunte una pegatina postal con la dirección de envío correcta para enviar la solicitud.*



**¿FIRMÓ LA PÁGINA SIETE?**

---

**Por favor díganos cómo supo del programa de asistencia energética este año:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Folleto inserto en mi cuenta de servicios  | <input type="checkbox"/> Anuncio en el bus                                   |
| <input type="checkbox"/> Llamada telefónica de la agencia   | <input type="checkbox"/> Correo electrónico de la agencia                    |
| <input type="checkbox"/> Aviso por correo de la agencia   | <input type="checkbox"/> Sitio web (Identifique sitio) _____                 |
| <input type="checkbox"/> Radio (Identifique emisora de radio) _____   | <input type="checkbox"/> Noticia en la TV (Identifique el canal de TV) _____ |
| <input type="checkbox"/> Aviso en periodo local o envío de publicidad por correo (Identificar periódico o envío de correo masivo) _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Folleto de Asistencia energética (Dónde recibió el folleto) _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (Identifique la fuente) _____   |  |

Para solicitar en línea Asistencia energética entre en <https://energybenefit.wi.gov/>