



COMMUNITY SERVICES DIVISION
HUMAN SERVICES

LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (LIHEAP)
FACT SHEET

(MANTENGA UNA COPIA PARA SUS RECORDS)

Que es LIHEAP?

LIHEAP es un programa el cual provee fondos para asistir a familias de bajos ingresos para cubrir los costos de energía durante el tiempo de calor o frío.

¿Cómo sé, si califico para esta ayuda?

Cualquier residente del condado de Volusia cuyos ingresos no excedan el 150% del nivel de pobreza federal y sea responsable por los gastos de energía en su hogar puede ser elegible.

Limite de Ingreso Familiar

Tamaño Familiar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso	\$16,245	\$21,855	\$27,465	\$33,075	\$38,685	\$44,295	\$49,905	\$55,515

¿Que tipo de asistencia esta disponible?

Hay tres categorías de asistencia:

- **Home Energy** (Energía para el Hogar) es una vez al año y se le paga a la compañía de servicio si la persona es elegible y cumple con los requisitos y la obligación de cubrir los gastos de energía en su hogar ya sea durante las épocas de calor o frío. Esta asistencia solamente paga la cantidad atrasada y no cubre cuentas que no estén atrasadas.
- **Crisis Assistance** (Asistencia por Crisis) Ayuda a las familias elegibles para mitigar la crisis de energía. La cantidad de beneficio es el **mínimo** necesario para **resolver** la crisis. El beneficio para crisis es limitado a una vez para el frío y una vez durante el calor.
- **Weather Related Assistance (Asistencia Relacionada a una Condición Atmosférica)** ayuda a resolver o mitigar una crisis de energía causada por una Emergencia declarada por el Departamento, el Gobernador o el Presidente.

¿Como puedo aplicar para el Programa de Asistencia de Energia para Hogares de Bajo Recursos (LIHEAP)?

- 1) Una persona puede aplicar por este programa completando la aplicación de LIHEAP.
- 2) Aplicaciones completas y con todos los documentos necesarios tienen que ser enviados por correo a la siguiente dirección:

County of Volusia
Human Services Department
123 W. Indiana Avenue
DeLand, Fl 32720



COMMUNITY SERVICES DIVISION
HUMAN SERVICES

- 3) Una persona puede volver a aplicar por LIHEAP en cualquier momento aunque el Departamento de Servicios Humano (Human Services Dept.) le haya denegado su primera aplicación. (Siempre que haya fondos disponibles para LIHEAP.)

¿Cuánto puedo recibir? La asistencia de Energía para el Hogar esta basada en la matric (tablas) de beneficios del estado de la Florida. Una familia puede recibir un mínimo de \$150 hasta un máximo de \$300 basado en el tamaño de la familia y sus ingresos.

La Asistencia maxima por Crisis es \$600 por la epoca de frio y \$600 por la epoca de calor, basada en el minimo necesario para resolver la crisis.

¿Puedo saber si califique?

Las aplicaciones son procesadas en el orden en que son recibidas, esto es determinado por la fecha de la marca postal. Cuando su aplicación sea procesada, usted recibirá una carta comunicándole que su ayuda fue aprobada o denegada dentro de 15 días

Si usted esta aplicando para Asistencia de Crisis, la agencia tiene entre 18 a 48 horas para aprobar o denegar la aplicación. Le recomendamos que aplique antes que le desconecten el servicio para evitar gastos adicionales.

¿A quien puedo llamar si tengo preguntas?

Si usted tiene preguntas por favor llame a la oficina de Servicios Humanos (Human Services) al (386) 736-5956 ext. 2976 (Deland) o al (386) 254-4675 ext. 4722 (Daytona Beach)

Nota: Debido al gran numero de personas que aplican por asistencia, las aplicaciones son aceptadas solamente por correo. (El costo de mandar su aplicación por correo con todo los documentos requeridos es de aproximadamente \$0.60 a \$0.85.)



COMMUNITY SERVICES DIVISION
HUMAN SERVICES

PROGRAMA AYUDA ENERGETICA (LIHEAP)
DOCUMENTOS REQUERIDOS

Esta lista de documentos está designada para ayudar al aplicante obtener la información necesaria para completar la aplicación. Suministrar la información requerida le ayudara a apresurar el proceso de su aplicación. Por favor suministre toda la documentación que aparece en la siguiente lista.

_____ LIHEAP (Asistencia de Energia para el Hogar) **Por favor llene esta aplicación completamente. No se le olvide de firmar la y anotar la fecha en la ultima pagina.**

_____ Cuenta corriente, cuenta atrasada, aviso de desconexión, o aviso final.

_____ Pension para las utilidades si el destinatario recibe Ayuda Federal para Vivendas.

_____ Prueba que vivió en el Condado de Volusia por los pasados 60 días (Contrato de Arrendamiento), estado de su hipoteca si es dueño de casa, o recibo de impuestos.

_____ Prueba de Ingresos: para **TODOS** los residentes en la casa por los **pasados tres meses.**

- SEGURO SOCIAL (CARTA DE EL PRESENTE AÑO)
- TANF (CARTA RECIENTE)
- SUSTENTO PARA MENORES
- SI ES DESEMPLEADO, PRUEBA QUE APLICO PARA EL BENEFICIO DE DESEMPLEADOS.
- COMPENSACION POR ACCIDENTE EN EL TRABAJO
- CUALQUIER INGRESO DE TRABAJO DE POR LOS PASADOS TRES MESES

EMPLEADO POR SU CUENTA

- INGRESO POR EL ULTIMO CUATRIENIO O DEL AÑO ANTERIOR (DECLARACION)
- REGISTROS DE TRABAJO Y RECIBOS DE INGRESO.
- SI LE PAGARON EN EFECTIVO PROVEA EL CALENDARIO DE TRABAJO CON EL INGRESO Y LA FIRMA DE LA PERSONA PARA LA CUAL TRABAJO.

Todas aplicaciones completadas **tienen que ser enviada por correo** a la siguiente direccion:

County of Volusia
Human Services Department
123 W. Indiana Avenue
DeLand, Fl 32720

Falta de proveer toda la información indicada arriba demorara el proceso de su aplicación. Si usted tiene preguntas por favor llame a la oficina de Servicios Humano al: (386) 736-5956 ext. 2976 (DeLand) o al (386) 254-4675 ext. 4722 (Daytona Beach).

Nota: Debido al gran numero de personas que aplican por asistencia, las aplicaciones son aceptadas solamente por correo. (El costo de mandar su aplicación por correo con todo los documentos requeridos es de aproximadamente \$0.60 a \$0.85.)



COMMUNITY SERVICES DIVISION
HUMAN SERVICES

- 7) Complete lo siguiente para todos miembros en la casa:
- Numero de personas mayores/ancianos...._____
 - Numero de discapacitados....._____
 - Numero de niños menores de 5 anos de edad.._____

8) Información sobre su proveedor de energía.

Proveer el nombre, numero de la cuenta y el numero de telefono de la compania que usted usa para calefacción y/ o aire acondicionado:

Calefacción: _____

Compania de energia	Numero de cuenta	Telefono
---------------------	------------------	----------

Aire Acondicionado : _____

Compania de energia	Numero de cuenta	Telefono
---------------------	------------------	----------

Si el costo de energía esta incluido en su renta, provea el nombre y teléfono del propietario.

_____	_____	_____
Nombre de la compañía o propietario	Numero de cuenta	Teléfono

- 9) Si comparte su dirección postal con alguien que no vive en su casa, provea su nombre:

_____;

- 10) Si usted o cualquier miembro en su hogar no es ciudadano de los Estados Unidos, pero es un extranjero residente legal, o esta pendiente a obtener su residencia, provea el nombre y estado migratorio de acuerdo con el "Immigration and Naturalization Act":

Nombre:_____ Estado migratorio_____

- 11) Es usted o cualquier miembro en su hogar miembro de la Tribu Indio Poarch: Si:___ No:___

- 12) Si tiene una vivienda subsidiada, Section 8, un dormitorio, o hogar para adulto (Foster Home), provea el nombre del lugar: _____.

- 13) Indique a cual de los siguientes programas es usted elegible o recibe actualmente beneficios: CSBG___; Weatherization___; TANF/WAGES___; Food Stamps___; Life Line and Link-up Florida (Teléfono)___; Ninguno:___

- 14) Añada una copia de la cuenta de su proveedor de energía o si la energía es parte de la renta, añada una copia del recibo provisto por el propietario.



COMMUNITY SERVICES DIVISION
HUMAN SERVICES

MONTHLY INCOME: YOU MUST DISCLOSE ALL INCOME.

FUENTE	JEFE DE FAMILIA	OTRO	OTRO	OTRO
Empleo/Empleo propio	\$	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$	\$
V.A. Pension	\$	\$	\$	\$
Pensión Retiro	\$	\$	\$	\$
TANF/cantidad	\$	\$	\$	\$
Compensación desempleo	\$	\$	\$	\$
Otro ingreso	\$	\$	\$	\$
Sustento menores	\$	\$	\$	\$
Otra fuente de ingresos: _____	\$	\$	\$	\$

La información provista arriba por mí es a mi entender y conocimiento correcta y completa. Entiendo que todo aquel hogar que tenga niños menores de 5 años, personas con incapacidad o ancianos tienen prioridad sobre mí. Yo autorizo a la agencia hacer el pago directamente a mi compañía de servicio. Estoy consciente de que después de haber provisto la información requerida si estoy solicitando ayuda por tener una crisis, la agencia tiene 48 horas; (18 horas si mi situación es de riesgo o mi vida corre peligro), para aprobar o denegar mi aplicación. Si estoy aplicando para Home Energy Assistance (Ayuda para Energía) la agencia tiene 45 días para aprobar o denegar mi aplicación. Entiendo que de ser aprobado o denegado en el tiempo permitido, o por la cantidad correcta, tengo el derecho a solicitar una apelación.

Esta declaración es de acuerdo a la Sección 119.071(5), Florida Statutes (Estatutos de la Florida). La División de Asistencia a la Comunidad (Community Assistance Division) es requerida por 24 CFR 5.210 a coleccionar los números de seguro social del aplicante o los que apliquen como miembros de su familia, si los hay.

Los números de Seguro Social son únicamente para identificar, verificar, rastrear y buscar información en conjunto con la solicitud del aplicante para poder asistirle. La División de Asistencia a la Comunidad puede revelar los números de seguro social a otras agencias o entidades del gobierno si fuese necesario para corroborar la información y cumplir con sus deberes y responsabilidades.

Firma del Aplicante

Fecha

Caseworker

Supervisor/Edit Staff

Fecha

Nota: Si firmado con una X, se requieren dos testigos.



COMMUNITY SERVICES DIVISION
HUMAN SERVICES

DECLARACION DE NO INGRESO

Yo, _____, declaro por la presente y bajo pena de perjurio que no he recibido ingreso alguno, ya sea por trabajo o regalía, ni por ninguna otra fuente durante los últimos tres meses, y que he estado desempleado durante todo este tiempo.

Yo he mantenido mis necesidades básicas por medio de:

Yo, testifico que la información expuesta arriba es correcta y verificable, entiendo que si dicha información es distorsionada, o incompleta, puede ser motivo para una inmediata terminación, denegarme el servicio, y ser penalizado si este fuese el caso. Entiendo que ofrecer información falsa u omitir información, es también causa o motivo para terminación, descalificación, y posible acción legal en mi contra dentro de la capacidad de las leyes del estado de Florida.

Nombre del Aplicante

Fecha

Firma del Aplicante

Fecha



COMMUNITY SERVICES DIVISION
HUMAN SERVICES

DECLARACION DE INGRESO

Yo, _____, declaro por la presente y bajo pena de perjurio que he estado trabajando por los pasados tres meses y recibiendo pagos en efectivo por la cantidad de \$ _____ por (**circule uno**) día, semana, cada dos semanas, mes; y que no he recibido ningún comprobante de cheques u otro tipo de documentación para poder probar mis ingresos.

(Complete esta sección si esta recibiendo otros ingresos.)

Yo, _____, declaro por la presente y bajo pena de perjurio que he estado sustentado por donaciones/contribuciones de familiares y/o amistades por los pasados tres meses. (**Tiene que proveer una declaración notarizada por cada persona que a provisto para su manutención, indicando la cantidad de dinero provista en dólares, tipo de asistencia, y fechas de cuando la manutención fue provista.**)

Yo testifico que la información expuesta arriba es verdadera, y entiendo que si dicha información es distorsionada, incompleta, o falsa puede ser motivo para una inmediata terminación, descalificación, negación de servicio, e incluso ser penalizado si fuese el caso, de acuerdo y como esté previsto por las leyes del estado de la Florida.

Nombre del Apicante

Fecha

Firma del Apicante

Fecha