

Aplicación de energía/vivienda 2020

Nombre: _____

Dirección Física _____

Dirección postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Condado: _____

Número de teléfono: _____

Trabajo / Celular _____

Representante autorizado ☐

En caso afirmativo, consulte el

formulario adjunto

Seleccione todos los que se aplican al hogar:

60 o mas	Miembro Discapacitado	Niño de 5 y menores	Otros	Ninguno
----------	-----------------------	---------------------	-------	---------

Tipo de Hogar	
(Seleccione uno)	
Madre Soltera	Persona Soltera
Padre Soltero	Hogar de dos padres
Dos adultos/sin niños	Otro

Nombre de las personas en el hogar				Fecha de nacimiento	Edad	M/F	Relación	Estado	Hispano	NO Hispano	Negro /	Blanco	Hispano	Amer. I	Asiático	Multi-R	Otro	Grado 0	Grado 1	High School	Alguno	2 Año /	Tipo de	Discap	Veteran
Número de Seguro Social				to																					

VETERAN INFORMATION

Veteran Name	M/F	Army	Navy	Air force	Marines	Coast Guard	Reserves	National Guard

Veteran referred to <https://veterans.portal.texas.gov/>

HOUSEHOLD SITUATION

Has there been a weather related crisis recently? No/Yes explain

UTILITY SERVICE INFORMATION

Have you lived here less than 1 year? **YES / NO** If **YES**, how many months? _____

Prior Address: _____ **Prior Electric Provider/Acct#:** _____
 _____ **Prior Gas Provider/Acct#:** _____

Electric Service:

History Requested

Name of Company: _____

Account Number: _____

Account Name/Relation: _____

Gas Service:

History Requested

Name of Company: _____

Account Number: _____

Account Name/Relation: _____

If Propane what size is tank? _____

Cooling	Heating
Central system	Central system
Window Units	Space Heaters
None	None

Gas / Elec
Gas / Elec

HOUSING TYPE	
Site Built Home	
Mobile Home	
Apartment/Multi-Family	
Other	

OTHER INFORMATION			HOUSING		
Farmer	Yes / No		[]Own/Buying []Renting		
Migrant Farmer	Yes / No		Receive Rent Assistance?	Yes / No	
Seasonal Worker	Yes / No		homeless		
Food Stamps - Amount	\$		Family home		
SOURCE - H/H INCOME					
No Income		Unemployment			
TANF		Employment Plus			
SSI		Employment ONLY			
Social Security		Other			
Pension		Child Support - \$/ mo			
VA Benefits		Utility Reimbursement Check			
OFFICE USE ONLY					
Below, list all adult household members (age 18 and older), and provide documentation of their income for the 30 days prior to this application. Include income from employment and other types of assistance. If no income has been received in the last 30 days, a declaration of income must be completed.					
HOUSEHOLD MEMBER	DOCUMENTATION	Avg ck amount	Pay frequency	Multiplier	Annual Pay
\$ _____ Total household annual income HH Size _____					
Household's Percentage of Poverty _____					
<i>Is the household's annualized income at or below the Poverty Income Guidelines?</i>				Yes	No

CERTIFICATION/CERTIFICACION

- 1 **The information provided is true and correct to the best of my knowledge and belief.**
La informacion proveida en esta forma es correcta segun mi mejor entendimiento.
- 2 **My household income has been annualized (SEE ATTACHED INCOME SHEET), at the time of application, according to pre-established agency procedures.**
Los ingresos de mi hogar han sido calculados anualmente segun los reglamentos prescritos por la agencia.
- 3 **I understand I may request a hearing to appeal a denial of eligibility, amount of assistance received, a delay of service delivery.**
Comprendo que puedo solicitar una audiencia para apelar decisiones que me afectan, tales como:
la eligibilidad al programa, asistencia recibida o tardanza de asistencia.
- 4 **I authorize the Texas Department of Housing and Community Affairs and its contracted Agencies to solicit/verify information, both past and future, to the extent the information is used only to provide data or documentation.**
Autorizo al "Texas Department of Housing and Community Affairs" y sus agencias contratadas a solicitar y verificar informacion sobre mis cuentas pasadas y futuras para luz y gas cuando la informacion se usa para reportar data estadistica.

Information Requested: _____

Return Information To: **BVCAP**

- 5 **I am aware this application is for all programs offered by the BVCAP Energy/Housing Services Office.**
Estoy enterado de que esta aplicacion es para todos los programas ofrecidos por la oficina de Energy/Housing Services.
- 6 **I AM AWARE THAT I AM SUBJECT TO PROSECUTION FOR PROVIDING FALSE OR FRAUDULENT INFORMATION.**
COMPRENDO QUE ESTOY SUJETO A SER PROCESADO SI LA INFORMACION ES FALSA O INCORRECTA.
- 7 **I ACKNOWLEDGE THAT AN ASSESSMENT OF MY HOUSEHOLD NEEDS HAS BEEN PERFORMED AT TIME OF APPLICATION AND APPLICABLE RECOMMENDATIONS / REFERRALS OFFERED.**
Reconozco que un estudio de mis necesidades de la casa se ha realizado en esta aplicacion y se han ofrecidos las recomendaciones y referencias aplicables.

Client Signature

Date

Intake Office

FOR OFFICE USE ONLY

BVCAP Energy/Housing Services Staff

Date Application Approved / Complete

**DECLARATION OF INCOME STATEMENT
(DECLARACION DE INGRESOS)**

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30 day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 días antes del aplicar para asistencia)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation *(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):*

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveída de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveído información falsa ó fraudulenta.)*

(Applicant Signature/Firma del Solicitante)

(Date/Fecha)

Advocate Signature

Date

Subrecipient Representative Signature and Title

Date



Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)

Formulario de Certificación del Ciudadano/Nacional de EEUU Solicitante para CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP Subrecipients, y SHTF, ESG, HHSP, EH (subdivisión política solamente)

El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de America (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

Nombre los miembros del hogar	Ciudadano de los Estados Unidos de America (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EEUU (Si o No)	Extranjero Calificado (Si o No)	Nombre los documentos proporcionados para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulante.

--	--

Firma del Solicitante

Fecha

--	--	--

Firma del personal certificando la verificaron de documentos

Imprima el nombre del personal

Fecha



COVID-19 Cuestionario

Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

Ha el COVID-19 afectado su hogar? SI NO (circule uno)

Si es asi, como? (marque uno o mas de lo que corresponda)

___ Trabajo suspendido ___ Cierre de la escuela ___ Cuarentena

___ Otros (por favor explique)

****Por favor proporcione documentacion que muestre prueba (ej. suspencion de trabajo: carta del empleador/documentacion de desempleo, cierre escolar: carta de la escuela/ foto de la pantalla del sitio web de la escuela)**

Necesidades del hogar:

___ Asistencia publica y/o de utilidades ___ Ropa ___ Educacion ___ Empleo ___ Comida

___ Higiene/productos de limpieza ___ Productos para el cuidado infantil ___ Suministros medicos (recetas)

___ Asistencia de alquiler ___ Transporte ___ Cuidado infantil

___ Otros (por favor explique)

Firma del client

Fecha



PO Drawer 4128

Bryan, TX 77805

(979)595-2850

Estimado solicitante,

Complete toda la informacion de cada pagina de la aplicacion, incluyendo las paginas con firmas.

Una vez completado, debera adjuntar:

- 1. Comprobante de ingresos (como carta de beneficios para el 2020, recibos de sueldo de los ultimos 30 dias, desempleo, etc.)**
- 2. Identificacion para cualquier persona mayor de 18 anos**
- 3. Tarjetas de Seguro social**
- 4. Certificados de Nacimiento para todos los miembros del hogar**
- 5. Cuenta de electricidad**
- 6. Propano o gas natural**

Devuelva los documentos anteriores a uno de los siguientes:

- 1. Enviar por correo al: PO Drawer 4128, Bryan, TX 77805**
- 2. Correo electronico: aupchurch@capbv.org, CaresRelief@bvcog.org**
- 3. Fax: 979-595-2851**

Si tiene preguntas, llame al (979)595-2850

Verifique sus documentos para asegurarse de que su solicitud este complete.

Si su solicitud esta incompleta, le enviaremos una carta explicandole que mas se necesita.

De lo contrario, le enviaremos una carta informarle lo que falta. Este proceso puede hasta 30-45 dias para completarse.



Application Acknowledgment

Name (nombre): _____

Date (fecha): _____

_____ I acknowledge that I have been notified of support services and referrals in the following areas (Reconozco que he sido notificado de los servicios de apoyo y referencias en las siguientes areas):

- ☐ Utility Assistance (asistencia con utilidades) ☐ Crisis Appliance Assistance (asistencia con electrodomesticos en tiempos de crisis climatica) ☐ Case Management (manejo de asistencia personal) ☐ Housing (alojamiento) ☐ Food (comida)
- ☐ Lite-Up Texas program (Programa Lite-Up Texas) ☐ Medical/Dental (medico/dental) ☐ Employment (empleo) ☐ Personal/Family Issues (problemas personales/familiares) ☐ Counseling Services (servicios de asesoramiento) ☐ Education (educacion) ☐ Transportation (transportacion) ☐ Child Support Referral (informacion de manutencion infantil) ☐ Head Start/Early Head Start ☐ Child Care (cuidado de los ninos)
- ☐ WIC ☐ Financial Services (servicios financieros) ☐ WAP ☐ 211

Client Confirmation of Receipt and Understanding of Information Packet (el cliente confirma que recibio el paquete de informacion)

I understand that by signing this form, I am confirming (entiendo que al firmar este formulario, estoy confirmando):

- **I have received the BVCAP information packet (He recibido el paquete de informacion BVCAP)**
- **My responsibilities were explained to me (mi responsabilidades me fueron explicadas)**
- **I understand my client responsibilities in the BVCAP Comprehensive Energy Assistance Program (entiendo las responsabilidades como cliente en el Programa Integral de Asistencia Energetica de BVCAP)**
- **I have been given information informing me of program parameters of the CEAP bill pay system. (Me han entregado informacion sobre los parametros del programa de ayuda de pago de facturas CEAP)**
- **Former Military Service Members received referral to (ex miembros del servicio militar recibieron referencias a) <https://veterans.portal.texas.gov/>**

Client Signature

Date