



SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA, DE JULIO 2025 A MAYO 2026

Los Programas de Asistencia de Energía de Ohio pueden ayudar a los residentes de Ohio elegibles según sus ingresos a administrar sus facturas de servicios públicos. El Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (Home Energy Assistance Program (HEAP)) y el Programa HEAP de emergencia aplican el beneficio directamente a la factura de servicios públicos del cliente. El Plan de Pago de Porcentaje de Ingreso Plus (Percentage of Income Payment Plan Plus (PIPP)) es un plan de extensión de pago en el que los clientes aportan un porcentaje de sus ingresos a la factura de servicios públicos mensual. Si busca mejorar la eficiencia energética de su hogar para ayudar a reducir sus facturas de electricidad, el Programa de Asistencia para Climatización del Hogar (Home Weatherization Assistance Program (HWAP)) o el Programa de Asociación Eléctrica (Electric Partnership Program (EPP)) pueden ser de ayuda. Para el Programa HWAP o EPP visite energyhelp.ohio.gov para encontrar a su proveedor local y comunicarse con ellos para obtener más información.

Puede solicitar los programas de asistencia energética en energyhelp.ohio.gov y completando la solicitud en línea, rellenando la solicitud y enviándola por correo con copias de la documentación al apartado de correos que se indica más abajo, o concertando una cita con su proveedor local de asistencia energética o con el proveedor de HWAP/EPP. Si envía su solicitud por correo o la completa en línea, podría demorarse hasta 12 semanas en procesarse. Visite energyhelp.ohio.gov para obtener más información.

Para completar esta solicitud necesitará lo siguiente:

- Constancia de ciudadanía de cada miembro del hogar.
- Copias de sus facturas de servicios públicos más recientes.
- Prueba de ingresos de los últimos 30 días o 12 meses de cada miembro del hogar.
- Certificado de discapacidad (si corresponde).

Un hogar se define como cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos como una unidad económica y quienes normalmente pagan la energía residencial en conjunto o hacen pagos no designados para la energía en forma de renta (según la sección 2603 (5) de la Ley de Energía para Ingresos Limitados de 1981). Si reside en una vivienda subsidiada y tiene una factura de servicios públicos a su nombre, puede ser elegible para la asistencia. Se requiere una copia de la factura de servicios públicos o documentación de responsabilidad (por ejemplo: copia de su contrato de alquiler/arrendamiento o carta firmada de su arrendador).

Para que una unidad de vivienda sea elegible para los beneficios de asistencia de energía, su fuente de calefacción principal debe ser:

- Una empresa de servicios públicos regulada o no regulada (gas y electricidad).
- Una chimenea legal (leña).
- Un tanque de combustible individual y permanente (aceite y propano).
- Un horno de leña o carbón ventilado según lo exige la ley.

Los residentes de centros médicos certificados (como los hospitales, los centros de enfermería especializada o los centros de cuidado intermedio) o las residencias comunitarias de operación pública (por ejemplo: YMCA) no son elegibles. Las casas de hospedaje, los hogares para grupos o los refugios de emergencia tampoco son elegibles.

Si es elegible, el monto del beneficio del programa HEAP dependerá de los niveles de financiamiento federal, de cuántas personas viven con usted, del ingreso total del hogar y del combustible principal que se utiliza. En la mayoría de los casos, la compañía de servicios públicos aplica los beneficios directamente a la factura de calefacción. Si vuelve a verificar el monto de su PIPP, este se basará en el 10 % o en el 5 % del ingreso total de su hogar en los últimos 30 días, dependiendo de su fuente de calefacción.

Por medio de esta solicitud puede aplicar a los siguientes programas:

- Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP).
- Plan de Pago de Porcentaje de Ingreso (PIPP).
- Programa de Asistencia de Climatización para el Hogar (HWAP).

Pautas sobre ingresos de JULIO de 2025 a MAYO de 2026

N.º de integrantes del hogar			
1		\$27,387	\$31,300
2		\$37,012	\$42,300
3		\$46,637	\$53,300
4	(175 %)	\$56,262	(200 %)
5	(Para PIPP, EPP, HEAP, WCP y SCP)	\$65,887	(Para HWAP)
6		\$75,512	\$86,300
7		\$85,137	\$97,300
8		\$94,762	\$108,300

Al determinar los hogares de hasta ocho miembros para HEAP, SCP y WCP, se utiliza el 175 % de los Lineamientos Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines (FPG)). Para los hogares con HEAP, SCP y WCP de más de ocho miembros, se utiliza el 60 % del ingreso medio estatal (State Median Income (SMI)). El PIPP y EPP para todos los tamaños de hogares es del 175 % de los FPG. Al determinar el 200 % de los FPG para HWAP, los hogares con más de ocho miembros deben agregar \$11,000 por cada miembro adicional.

¿Cómo puedo revisar el estado de mi solicitud?

Para revisar el estado de su solicitud, visite energyhelp.ohio.gov y cree una cuenta.

Nota: las solicitudes se procesan por orden de llegada y pueden demorar hasta 12 semanas a partir de la fecha de su solicitud firmada. Los beneficios del programa HEAP podrán aplicarse a su factura de servicios públicos a partir de enero de 2026.

IMPORTANTE: el Programa HEAP está vigente desde el 1.º de julio de 2025 hasta el 30 de mayo de 2026. Las solicitudes fechadas entre el 1.º de junio de 2026 y el 30 de junio de 2026 se tramitarán únicamente para el PIPP, el EPP y/o el HWAP. Los clientes que deseen el HEAP deberán presentar una nueva solicitud a partir del 1.º de julio.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su proveedor local de asistencia de energía o envíenos un mensaje a través de energyhelp.ohio.gov y haga clic en "Contáctenos" (Contact us).

Documentos de ciudadanía aceptados (NO ENVÍE LOS ORIGINALES)

Prueba de ciudadanía estadounidense	Prueba de residente legal/extranjero documentado
1. Certificado de nacimiento/Registros de nacimiento del hospital / Tarjeta de registro de nacimiento 2. Registros de bautismo (únicamente cuando se muestre el lugar y la fecha de nacimiento) 3. Registro censal indígena 4. Registro de servicio militar 5. Pasaporte de los Estados Unidos 6. Ciudadanía verificada para el programa Ohio Works First (OWF) 7. Tarjetas de registro de votante 8. Tarjetas de Seguro Social (las tarjetas de Seguro Social emitidas por la Administración del Seguro Social que son válidas únicamente para la condición de autorización de trabajo no serán aceptadas para la verificación de ciudadanía)	1. Documentos de naturalización/Certificaciones de ciudadanía 2. Tarjetas de identificación del INS 3. Tarjetas de extranjero/Permisos de reingreso 4. Formulario INS I-151, IR1-9 o I-551 (el Formulario I-151 no será válido después del 1.º de agosto de 1993) 5. Formulario I-94 del INS si está anotado con: a) los artículos 203(a)(7), 207, 208, 212(d)(5), 243(h) o 241(b)(3) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad; o b) Uno o una combinación de los siguientes términos: Refugiado, Libertad condicional (Parolee) o Asilado 6. Visa Permanente, Formulario INS G-641, "Solicitud de verificación de información de los registros del INS", cuando esté anotado en la parte inferior por un representante del INS como admisión legal por razones humanitarias Documentación que clasifique al extranjero conforme a los Artículos 101(a)(2), 203(a), 204(a)(1)(a), 207, 208, 212(d)(5), 241(b)(3), 243(h) o 244(a)(3) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad 7. Orden judicial que establezca que se ha suspendido la deportación conforme al artículo 241(b)(3) o 243(h) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad Formulario INS I-688

Pruebas de ingresos aceptadas

Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados
☐ Carta de adjudicación/beneficio ☐ Impresión del pago/estado de cuenta de la agencia emisora ☐ Copia del cheque o estado de cuenta bancaria, que incluya el depósito ☐ Formulario 1040 del IRS o certificado fiscal completo más reciente ☐ Formulario 1099 del IRS más reciente	☐ Todos los comprobantes de pago recibidos 30 días desde la fecha de la solicitud, que incluyan los montos brutos recibidos de un año a la fecha (incluidos los pagos por servicio militar activo) ☐ Formulario de verificación de empleo completado y firmado* ☐ Impresión de la nómina ☐ Declaración de pago más reciente (Declaración de Licencia y Ganancias (Leave and Earning Statement, LES))	☐ Copia del cheque/carta de monto adjudicado ☐ Documentos del Departamento de Empleo y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services (ODJFS))// carta de elegibilidad con montos y fechas ☐ Formulario 1099 del IRS más reciente ☐ Documentación de la Autoridad de Vivienda ☐ Comprobantes de pago recibidos dentro de los 30 días desde la fecha de la solicitud ☐ Impresión del pago/estado de cuenta de la agencia emisora	☐ Estado de cuenta de la institución financiera ☐ Copia del cheque o estado de cuenta bancaria que indique el depósito ☐ Formulario 1099 del IRS más reciente	☐ Comprobantes de pago que indiquen el monto recibido dentro de los últimos 12 meses contados desde la fecha de la solicitud ☐ Formulario de ingresos y gastos provenientes del trabajo por cuenta propia* de los últimos 12 meses ☐ Formulario 1040 del IRS y anexos más recientes ☐ Formulario 1099 del IRS más reciente ☐ Formulario de verificación de empleo estacional*

* Puede encontrar todos los formularios marcados con un asterisco en energyhelp.ohio.gov.

Aviso de la Ley de privacidad

DIVULGACIÓN: la divulgación del Número del Seguro Social es obligatoria para recibir los beneficios del HEAP.

AUTORIDAD: Título 45, Artículo 96.84 (c) del CFR; 42 del Código de Estados Unidos (U.S.C.) § 405(c)(2)(C)(i)

USO: el estado utilizará los números de Seguro Social en la administración del Programa de Asistencia para Energía en el Hogar para verificar la información proporcionada en la solicitud con el fin de prevenir, detectar y corregir fraudes, malversación y abuso. La información también se utiliza para responder solicitudes de información de otras agencias que ofrecen programas financiados por subvenciones en bloque a los estados para la asistencia temporal para familias necesitadas o agencias que solicitan información por temas de manutención de niños o con el fin de comprobar la paternidad. El solicitante puede estar sujeto a cargos civiles o penales según las leyes federales o estatales si, a sabiendas, presenta declaraciones falsas o fraudulentas.

Sección de Información personal de los miembros del hogar primario*

Ingrese la información completa. NO envíe documentos originales. UTILICE TINTA AZUL OSCURA O NEGRA. Si no completa la solicitud en su totalidad, no entrega la documentación requerida y no firma la solicitud (en la última página), se generarán demoras en su procesamiento.

Para uso oficial únicamente

Fecha de recibido

Número de cliente

Primer nombre*				Inicial del 2.º nombre		Apellido*											
Número de Seguro Social*				Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)*				Estado militar				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*					
							☐ Sí ☐ No										
Discapacidad* ☐ Sí ☐ No				Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino		Origen étnico ☐ Hispano, latino o de origen hispano ☐ No hispano, latino o de origen hispano											
Raza				☐ Indoamericana/nativa de Alaska				☐ Asiática				☐ Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico					
				☐ Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana				☐ Asiática/blanca				☐ Otra variante multirracial					
				☐ Indoamericana/nativa de Alaska y blanca				☐ Negra/afroamericana				☐ Blanca					
				☐ Negra/afroamericana/blanca													
Beneficios que no son monetarios				☐ Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP))/Cupones de alimentos				☐ Cupón para cuidado de niños				☐ Vivienda de apoyo permanente				Número de miembros en el hogar	
				☐ Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud Asequible				☐ Cupón para elección de vivienda				☐ Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children (WIC))					
								☐ HUD-VASH				☐ Otro					
Tipo de familia				☐ Padre soltero/hombre ☐ Adultos sin parentesco con hijos				Tipo de vivienda ☐ Propia ☐ Alquiler				Estructura de la residencia ☐ Casa rodante					
				☐ Madre soltera/mujer ☐ Hogar multigeneracional								☐ Unifamiliar					
				☐ Hogar biparental ☐ Otro								☐ Multifamiliar de poca altura (3 pisos o menos)					
				☐ Una persona								☐ Multifamiliar de gran altura (4 pisos o más)					
Dirección de correo electrónico								Número de teléfono (con código de área)									
								()									
Método de contacto preferido ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal																	
Dirección postal (número y calle incluyendo la ruta)*								Dpto./Lote/Unidad/Piso									
Ciudad*				Estado*				Código postal*				Condado*					
¿Es la misma dirección que para los servicios públicos?* ☐ Igual que la anterior ☐ Diferente (indique a continuación)																	
Dirección del servicio actual (si es diferente a la indicada anteriormente; número y calle incluyendo ruta)								Dpto./Lote/Unidad/Piso									
Ciudad				Estado				Código postal				Condado					
¿Recibe asistencia con el alquiler?* ☐ Sí ☐ No								Organización del arrendador (si usted alquila)									
Nombre del arrendador*				Apellido del arrendador*				Número de teléfono fijo o celular del arrendador (con código de área)*									
								()									
Dirección postal del arrendador (número y calle, incluida la ruta, Dpto./Lote/Unidad/Piso)*								Dirección de correo electrónico del arrendador*									
Ciudad*				Estado*				Código postal*				Condado*					

* Indica la información requerida para procesar su solicitud.
La falta de información puede demorar el procesamiento de su solicitud.

Sección de Ingresos de los miembros del hogar primario*

Si no completa la solicitud en su totalidad, no entrega la documentación requerida y no firma la solicitud, se generarán demoras en su procesamiento.

Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos†	Otras fuentes de ingresos ganados†
☐ Seguro social ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Seguro Social por Discapacidad (SSDI) ☐ Jubilación (privada y VA) ☐ Beneficios como viudo(a) ☐ Pensión alimenticia ☐ Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) ☐ Pago de una suma total proveniente de estas fuentes	☐ Sueldos ☐ Salario militar activo	☐ Desempleo ☐ Asistencia de servicios públicos ☐ Indemnización de los trabajadores ☐ Pago por discapacidad laboral ☐ Beneficios por huelga	☐ Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones ☐ Ingresos por intereses ☐ Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) ☐ Dividendos ☐ Ganancias de capital ☐ Otro	☐ Trabajo por cuenta propia (incluye ser propietario de negocio propio, cuidado de niños, venta directa en el hogar, empleos ocasionales, sistema electrónico de cuidado infantil de Ohio (Ohio Electronic Child Care (ECC), etc.) ☐ Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.)
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$

† Para estas categorías DEBE proporcionar la documentación de los ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.

Sección de miembros e ingresos del hogar

Si hay miembros adicionales en el hogar (cualquier persona que viva bajo su techo en la misma dirección), complete la Sección de Miembros e ingresos del hogar de la solicitud (esta sección), en las páginas 2 a 4. Si en su hogar viven más de cinco personas, imprima una página adicional de la sección de miembros del hogar en energyhelp.ohio.gov o recoja otra solicitud en la oficina de su Proveedor de Asistencia de Energía.

Nombre completo*		Número de Seguro Social*		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*	
Relación con el solicitante					
Discapacidad* ☐ Sí ☐ No		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino		Origen étnico ☐ Hispano, latino o de origen hispano ☐ No hispano, latino o de origen hispano	
Raza ☐ Indoamericana/nativa de Alaska ☐ Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana ☐ Indoamericana/nativa de Alaska y blanca		☐ Asiática ☐ Asiática/blanca ☐ Negra/afroamericana ☐ Negra/afroamericana/blanca		☐ Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico ☐ Otra variante multirracial ☐ Blanca	
Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)* ☐ Sí ☐ No					
Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos†	Otras fuentes de ingresos ganados†	
☐ Seguro social ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Seguro Social por Discapacidad (SSDI) ☐ Jubilación (privada y VA) ☐ Beneficios como viudo(a) ☐ Pensión alimenticia ☐ Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) ☐ Pago de una suma total proveniente de estas fuentes	☐ Sueldos ☐ Salario militar activo	☐ Desempleo ☐ Asistencia de servicios públicos ☐ Indemnización de los trabajadores ☐ Pago por discapacidad laboral ☐ Beneficios por huelga	☐ Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones ☐ Ingresos por intereses ☐ Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) ☐ Dividendos ☐ Ganancias de capital ☐ Otro	☐ Trabajo por cuenta propia (incluye ser propietario de negocio propio, cuidado de niños, venta directa en el hogar, empleos ocasionales, sistema electrónico de cuidado infantil de Ohio (Ohio Electronic Child Care (ECC), etc.) ☐ Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.)	
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	

† Para estas categorías DEBE proporcionar la documentación de los ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.

Sección de miembros e ingresos del hogar - Continuación

Complete la siguiente tabla con todos los miembros del hogar adicionales. Use la sección adicional (en la página 4), según sea necesario, para registrar otros miembros del hogar con ingresos.

Nombre completo*		Número de Seguro Social*		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*	
Relación con el solicitante					
Discapacidad* ☐ Sí ☐ No		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino		Origen étnico ☐ Hispano, latino o de origen hispano ☐ No hispano, latino o de origen hispano	
Raza ☐ Indoamericana/nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico		☐ Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana ☐ Asiática/blanca ☐ Negra/afroamericana ☐ Otra variante multirracial		Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)* ☐ Sí ☐ No	
☐ Indoamericana/nativa de Alaska y blanca ☐ Negra/afroamericana/blanca		☐ Blanca			
Ingresos fijos		Ingresos provenientes del empleo		Ingresos suplementarios	
☐ Seguro social ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Seguro Social por Discapacidad (SSDI) ☐ Jubilación (privada y VA) ☐ Beneficios como viudo(a) ☐ Pensión alimenticia ☐ Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) ☐ Pago de una suma total proveniente de estas fuentes		☐ Sueldos ☐ Salario militar activo		☐ Desempleo ☐ Asistencia de servicios públicos ☐ Indemnización de los trabajadores ☐ Pago por discapacidad laboral ☐ Beneficios por huelga	
				☐ Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones ☐ Ingresos por intereses ☐ Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) ☐ Dividendos ☐ Ganancias de capital ☐ Otro	
				† Para estas categorías DEBE proporcionar la documentación de los ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.	
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	

Nombre completo*		Número de Seguro Social*		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*	
Relación con el solicitante					
Discapacidad* ☐ Sí ☐ No		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino		Origen étnico ☐ Hispano, latino o de origen hispano ☐ No hispano, latino o de origen hispano	
Raza ☐ Indoamericana/nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico		☐ Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana ☐ Asiática/blanca ☐ Negra/afroamericana ☐ Otra variante multirracial		Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)* ☐ Sí ☐ No	
☐ Indoamericana/nativa de Alaska y blanca ☐ Negra/afroamericana/blanca		☐ Blanca			
Ingresos fijos		Ingresos provenientes del empleo		Ingresos suplementarios	
☐ Seguro social ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Seguro Social por Discapacidad (SSDI) ☐ Jubilación (privada y VA) ☐ Beneficios como viudo(a) ☐ Pensión alimenticia ☐ Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) ☐ Pago de una suma total proveniente de estas fuentes		☐ Sueldos ☐ Salario militar activo		☐ Desempleo ☐ Asistencia de servicios públicos ☐ Indemnización de los trabajadores ☐ Pago por discapacidad laboral ☐ Beneficios por huelga	
				☐ Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones ☐ Ingresos por intereses ☐ Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) ☐ Dividendos ☐ Ganancias de capital ☐ Otro	
				† Para estas categorías DEBE proporcionar la documentación de los ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.	
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$	
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$	

Sección de miembros e ingresos del hogar- Continuación

Complete la siguiente tabla para los miembros del hogar adicionales.
Imprima páginas adicionales para los otros miembros del hogar con ingresos, según sea necesario.

Nombre completo*		Número de Seguro Social*										Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*											
Relación con el solicitante																							
Discapacidad* ☐ Sí ☐ No				Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino				Origen étnico ☐ Hispano, latino o de origen hispano ☐ No hispano, latino o de origen hispano															
Raza		☐ Indoamericana/nativa de Alaska						☐ Asiática						☐ Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico						Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)* ☐ Sí ☐ No			
		☐ Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana						☐ Asiática/blanca						☐ Otra variante multirracial									
		☐ Indoamericana/nativa de Alaska y blanca						☐ Negra/afroamericana						☐ Blanca									
		☐ Negra/afroamericana/blanca																					
Ingresos fijos		Ingresos provenientes del empleo				Ingresos suplementarios				Otras fuentes de ingresos†				Otras fuentes de ingresos ganados†									
☐ Seguro social ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Seguro Social por Discapacidad (SSDI) ☐ Jubilación (privada y VA) ☐ Beneficios como viudo(a) ☐ Pensión alimenticia ☐ Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) ☐ Pago de una suma total proveniente de estas fuentes		☐ Sueldos ☐ Salario militar activo				☐ Desempleo ☐ Asistencia de servicios públicos ☐ Indemnización de los trabajadores ☐ Pago por discapacidad laboral ☐ Beneficios por huelga				☐ Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones ☐ Ingresos por intereses ☐ Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) ☐ Dividendos ☐ Ganancias de capital ☐ Otro				☐ Trabajo por cuenta propia (incluye ser propietario de negocio propio, cuidado de niños, venta directa en el hogar, empleos ocasionales, sistema electrónico de cuidado infantil de Ohio (Ohio Electronic Child Care (ECC), etc.) ☐ Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.)									
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$				Ingreso bruto de los últimos 30 días \$				Ingreso bruto de los últimos 30 días \$				Ingreso bruto de los últimos 30 días \$									
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$				Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$				Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$				Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$									

† Para estas categorías DEBE proporcionar la documentación de los ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.

Nombre completo*		Número de Seguro Social*										Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*											
Relación con el solicitante																							
Discapacidad* ☐ Sí ☐ No				Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino				Origen étnico ☐ Hispano, latino o de origen hispano ☐ No hispano, latino o de origen hispano															
Raza		☐ Indoamericana/nativa de Alaska						☐ Asiática						☐ Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico						Ciudadano de Estados Unidos/residente legal (extranjero documentado)* ☐ Sí ☐ No			
		☐ Indoamericana/nativa de Alaska y negra/afroamericana						☐ Asiática/blanca						☐ Otra variante multirracial									
		☐ Indoamericana/nativa de Alaska y blanca						☐ Negra/afroamericana						☐ Blanca									
		☐ Negra/afroamericana/blanca																					
Ingresos fijos		Ingresos provenientes del empleo				Ingresos suplementarios				Otras fuentes de ingresos†				Otras fuentes de ingresos ganados†									
☐ Seguro social ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Seguro Social por Discapacidad (SSDI) ☐ Jubilación (privada y VA) ☐ Beneficios como viudo(a) ☐ Pensión alimenticia ☐ Pensión por enfermedad del pulmón negro (neumoconiosis) ☐ Pago de una suma total proveniente de estas fuentes		☐ Sueldos ☐ Salario militar activo				☐ Desempleo ☐ Asistencia de servicios públicos ☐ Indemnización de los trabajadores ☐ Pago por discapacidad laboral ☐ Beneficios por huelga				☐ Dinero retirado de las IRA/ anualidades/otras inversiones ☐ Ingresos por intereses ☐ Pago de una suma total (liquidaciones de bienes y fideicomisos/acuerdos de divorcio/ pagos de seguros/premios de lotería) ☐ Dividendos ☐ Ganancias de capital ☐ Otro				☐ Trabajo por cuenta propia (incluye ser propietario de negocio propio, cuidado de niños, venta directa en el hogar, empleos ocasionales, sistema electrónico de cuidado infantil de Ohio (Ohio Electronic Child Care (ECC), etc.) ☐ Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.)									
Ingreso bruto de los últimos 30 días \$		Ingreso bruto de los últimos 30 días \$				Ingreso bruto de los últimos 30 días \$				Ingreso bruto de los últimos 30 días \$				Ingreso bruto de los últimos 30 días \$									
Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$		Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$				Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$				Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$				Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$									

† Para estas categorías DEBE proporcionar la documentación de los ingresos correspondiente a los últimos 12 meses.

Sección de Deducciones del hogar*

Deducciones totales de ingresos del hogar (elija todas las que correspondan)	☐ Honorarios de abogado por acuerdos de bienes o fideicomisos	☐ Cuentas de gastos por cuidados médicos	☐ Reembolso por gastos de trabajo
	☐ Pago de manutención infantil	☐ Reducción de gastos de Medicaid (deducibles)	☐ Gastos comerciales por trabajo por cuenta propia permitidos por el IRS
	☐ Primas del seguro médicos	☐ Primas de Medicare	☐ Discapacidad a corto y largo plazo
		☐ Planes de medicamentos recetados	

Deducciones totales en los últimos 30 días	Deducciones totales en los últimos 12 meses
\$	\$

Tenga en cuenta que: se requiere la documentación sobre la (las) deducción(es).

Sección de ingresos elegibles totales del hogar*

Sume los ingresos totales recibidos por cada miembro adulto del hogar y luego reste las deducciones totales del hogar.

Ingresos totales del hogar (sume los montos de la Sección de Ingresos del hogar de las páginas 3 y 4)	Últimos 30 días \$	Últimos 12 meses \$
Deducciones totales del hogar (de la Sección de Deducciones del hogar en la página 5)	Últimos 30 días - \$	Últimos 12 meses - \$
Total de ingresos elegibles	Ingresos totales del hogar menos las deducciones totales del hogar mencionadas anteriormente \$	Ingresos totales del hogar menos las deducciones totales del hogar mencionadas anteriormente \$

Si corresponde, explique la diferencia de los ingresos en los últimos 30 días en relación con los ingresos de los últimos 12 meses.

Tenga en cuenta que: los ingresos recibidos por manutención infantil y discapacidades de veteranos no son ingresos contables. Para obtener una lista completa de los ingresos excluidos, visite energyhelp.ohio.gov. Es posible que se requiera la documentación de ingresos excluidos para completar su solicitud.

Sección de información de servicios públicos*

¿Cómo calefacciona su hogar?	☐ Gas natural	☐ Aceite combustible o queroseno	☐ Calefacción eléctrica (incluye zócalos)
	☐ Gas propano o embotellado (gas licuado de petróleo)	☐ Carbón, leña o pellets de madera	☐ Otro

Compañía/Proveedor	Número de cuenta	¿Se incluyen los costos en el alquiler?	☐ Sí ☐ No	¿Tiene un medidor compartido?	☐ Sí ☐ No
--------------------	------------------	---	---	-------------------------------	---

Nombre del titular de la cuenta	Apellido del titular de la cuenta	Relación con el cliente principal
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Si está inscrito en el PIPP actualmente, ¿desea volver a verificar esta cuenta?	☐ Sí ☐ No	¿Desea inscribirse en el PIPP? ¿Tiene un proveedor de servicios públicos regulado?	☐ Sí ☐ No
---	---	--	---

Brinde la información de su proveedor de servicios eléctricos públicos (si no la proporcionó anteriormente):

Proveedor/Compañía eléctrica	Número de cuenta	¿Se incluyen los costos en el alquiler?	☐ Sí ☐ No	¿Tiene un medidor compartido?	☐ Sí ☐ No
------------------------------	------------------	---	---	-------------------------------	---

Nombre del titular de la cuenta	Apellido del titular de la cuenta	Relación con el cliente principal
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Si está inscrito en el PIPP actualmente, ¿desea volver a verificar esta cuenta?	☐ Sí ☐ No
¿Desea inscribirse en el PIPP y tener un proveedor de servicios públicos regulado?	☐ Sí ☐ No

