

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 EEP 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 <u>energyhelp.ohio.gov</u> y completando la solicitud en línea, rellenando la solicitud y enviándo la porcorreo 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.
- Prueba de ingresos de los últimos 30 días o 12 meses de cada miembro del hogar.
- Copias de sus facturas de servicios públicos más recientes.
- 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).
- Un tanque de combustible individual y permanente (aceite y propano).
- Una chimenea legal (leña).
- 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 hogary 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	(175 %)	\$46,637		\$53,300				
4	(Para PIPP, EPP, HEAP,	\$56,262	(200 %) (Para HWAP)	\$64,300				
5	WCP y SCP)	\$65,887	(Fala NWAF)	\$75,300				
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 <u>energyhelp.ohio.gov</u> 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 <u>energyhelp.ohio.gov</u> 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 1. Documentos de naturalización/Certificaciones de ciudadanía hospital / Tarjeta de registro de nacimiento 2. Tarjetas de identificación del INS 2. Registros de bautismo (únicamente cuando se 3. Tarjetas de extranjero/Permisos de reingreso muestre el lugar y la fecha de nacimiento) 4. Formulario INS I-151, IR1-9 o I-551 (el Formulario I-151 no será válido después 3. Registro censal indígena del 1.º de agosto de 1993) 4. Registro de servicio militar 5. Formulario I-94 del INS si está anotado con: a) los artículos 203(a)(7), 207, 208, 5. Pasaporte de los Estados Unidos 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 6. Ciudadanía verificada para el programa Ohio (Parolee) o Asilado Works First (OWF) Visa Permanente, Formulario INS G-641, "Solicitud de verificación de información de 7. Tarjetas de registro de votante los registros del INS", cuando esté anotado en la parte inferior por un representante 8. Tarjetas de Seguro Social (las tarjetas de Seguro del INS como admisión legal por razones humanitarias Documentación que Social emitidas por la Administración del Seguro clasifique al extranjero conforme a los Artículos 101(a)(2), 203(a), 204(a)(1)(a), 207, Social que son válidas únicamente para la 208, 212(d)(5), 241(b)(3), 243(h) o 244(a)(3) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad condición de autorización de trabajo **no** serán Orden judicial que establezca que se ha suspendido la deportación conforme al aceptadas para la verificación de ciudadanía) artículo 241(b)(3) o 243(h) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad Formulario INS I-688

Pruebas de ingresos aceptadas

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 Formulario 1099 del IRS más reciente Formulario 1099 del IRS más reciente Comprobantes de pago más reciente Declaración de pago más reciente Declaración de Licencia y Ganancias Limpresión de la nómina Dempleoy Serviclos Familiares de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services (ODJFS))/ carta de elegibilidad con montos y fechas Formulario 1099 del IRS más reciente Formulario 1099 del IRS más reciente Comprobantes de pago recibidos dentro de los 30 días desde la fecha de la solicitud	Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplementarios	Otras fuentes de ingresos	Otros ingresos ganados
(Leave and Earning Statement, LES)) Impresión del pago/estado de cuenta de la agencia emisora	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	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	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	de la institución financiera Copia del cheque o estado de cuenta bancaria que indique el depósito Formulario 1099 del	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

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 <u>envíe</u> documentos originales. UTILICE TINTA AZUL OSCURA O NEGRA. <u>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.</u>

Para uso oficial únicamente								
Fecha de recibido								
Número de cliente								

Primer nombre*	Inicial del 2.º no	Apellido*										
Número de Seguro Social* C	l	Estado mili	tar			Fech	a de nacimien	to (MM/DD/AA	AA)*			
	Sí No		Activo	Veterano	Ningú	n servicio militar						
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 Alasi Indoamericana/nativa de Alasi negra/afroamericana Indoamericana/nativa de Alasi	nca Imericana Imericana/b	Blanca										
Beneficios que no son monetarios Programa Asistencial de Nutrii (Supplemental Nutrition Assis (SNAP))/Cupones de alimentos Subsidio de la Ley del Cuidado		dado de niños cción de vivienda			Vivienda de apoyo permanente Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children (WIC)) Otro					hogar		
Tipo de familia Padre soltero/hombre Adultos sin parentesco con hijos Madre soltera/mujer Hogar multigeneracional Otro Una persona			Tipo de vivienda Propia Alquiler		Estructura de la residencia Casa rodante Unifamiliar Multifamiliar de poca altura (3 pisos o menos) Multifamiliar de gran altura (4 pisos o más)			s)				
Dirección de correo electrónico			Número de teléfono (con código de área)									
Método de contacto preferido Correo electrónic	co Correo postal		,	<u> </u>								
Dirección postal (número y calle incluyendo la ruta)*			Dpto./Lote/Unidad/Piso									
Ciudad*	Estado*		Código postal* Condado*			Condado*						
¿Es la misma dirección que para los servicios públicos?*	Igual que la anterior Diferent	te (indique a	l a continuaci	ón)								
Dirección del servicio actual (si es diferente a la indicada a	anteriormente; número y calle incluyendo ru	uta)	Dpto./Lot	e/Unidad/Piso								
Ciudad	Estado		Código po	stal		Condado						
¿Recibe asistencia con el alquiler?* Sí	No		Organizac	ión del arrendado	or (si usted	l alquila)						
Nombre del arrendador*	Apellido del arrendador*		Número d	e teléfono fijo o ce	elular del a	rrendador (con có	ódigo d	le área)*				
Dirección postal del arrendador (número y calle, incluida l	la ruta, Dpto./Lote/Unidad/Piso)*		Dirección de correo electrónico del arrendador*									
Ciudad*	Estado*		Código po	digo 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	la docu	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.) categorías DEBE proporcionar mentación de los ingresos diente 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 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

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 S	ocial*	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										
Indoamericana,	rnativa de Alaska y Asi ricana Ne	ática lática/blanca gra/afroamericana gra/afroamericana/bl	о о	ativa hawaiana/ tra isla del Pacífico tra variante multirracial lanca		dano de Estados Unidos/residente legal njero documentado)* Sí No				
Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplemer	ntarios	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	Indemnización	ervicios públicos n de los trabajadores pacidad laboral huelga		nesde edivorcio/ ría) a estas a docu	Trabajo por cuenta propia (incluye ser propietario de negocio propio, cuidado de niños, venta directa en el hogar, empleos coasionales, sistema electrónico de cuidado infantil de Ohio (Ohio Electronic Child Care (ECC), etc.) Empleo temporal (incluye maestros, trabajadores de la construcción, etc.) categorías DEBE proporcionar mentación de los ingresos diente a los últimos 12 meses.				
Ingreso bruto de los últimos 30 días	Ingreso bruto de los últimos 30 días	Ingreso bruto de lo	os 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 m	eses	Ingreso bruto de 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*	úmero de Seguro Social* Fecha de nacimiento (MM/				to (MM/DD/AAA	i/DD/AAAA)*			
Relación con el solicitante									
Discapacidad* Sí No	Sexo Femenino	Masculino Origen étnico	Hispano, la	itino o de origen hispano	No his	spano, latino o de o	rigen hispano		
Indoamericana/	nativa de Alaska y Asi icana Nej	ática ática/blanca gra/afroamericana gra/afroamericana/blanca	ot Ot	ativa hawaiana/ rra isla del Pacífico tra variante multirracial anca	I .	udadano de Estado ktranjero documen		e legal	
Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplementarios	;	Otras fuentes de ingreso	s [†]	Otras fuent	tes de ingresos g	anados	,†
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 servicio Indemnización de los Pago por discapacida Beneficios por huelga	trabajadores ad laboral	Dinero retirado de las anualidades/otras im Ingresos por interese Pago de una suma total (l bienes y fideicomisos/ac pagos de seguros/premic Dividendos Ganancias de capital Otro	versiones s iquidaciones de uerdos de divor os de lotería) † Para est la do	ser pro cuidad hogar, e electró rcio/ (Ohio E	n de los ingre	propio, irecta en e es, sistem antil de C e (ECC), el e maestro ción, etc.)	el ma Ohio etc.) ros,)
Ingreso bruto de los últimos 30 días	Ingreso bruto de los últimos 30 días	Ingreso bruto de los últir	mos 30 días	Ingreso bruto de los últi \$	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 últim o	os 12 meses	Ingreso bruto de los últimos 12 meses \$ Ingreso bruto de los últimos 12 me \$			12 mese	es	
Nombre completo*		Núm	nero de Seguro So	ocial*	Fe	echa de nacimien	to (MM/DD/AAA	A)*	T
Relación con el solicitante		, ,							
Discapacidad* Sí No	Sexo Femenino	Masculino Origen étnico	Hispano, la	itino o de origen hispano	No his	spano, latino o de o	rigen hispano		
negra/afroamer	nativa de Alaska y Asi icana Nej	ática ática/blanca gra/afroamericana gra/afroamericana/blanca	ot Ot	ativa hawaiana/ rra isla del Pacífico tra variante multirracial anca		udadano de Estado ktranjero documen		e legal	
Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplementarios	;	Otras fuentes de ingreso	s [†]	Otras fuent	tes de ingresos g	anados	t
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 servicio Indemnización de los Pago por discapacida Beneficios por huelga	s trabajadores ad laboral	Dinero retirado de la: anualidades/otras in: Ingresos por interese Pago de una suma total (l bienes y fideicomisos/ac pagos de seguros/premio Dividendos Ganancias de capital Otro	versiones s iquidaciones de uerdos de divor os de lotería) † Para est la do	ser pro cuidad hogar, e electró rcio/ (Ohio E	n de los ingre	propio, irecta en o es, sistem antil de C e (ECC), el ve maest rucción, prciona sos	el ma Ohio etc.) tros, , etc.)
Ingreso bruto de los últimos 30 días	Ingreso bruto de los últimos 30 días	Ingreso bruto de los últir	mos 30 días	Ingreso bruto de los últi	mos 30 días	Ingreso bru	uto de los último	s 30 día	as
Ingreso bruto de los últimos 12 meses	Ingreso bruto de los últimos 12 meses	Ingreso bruto de los últim	os 12 meses	Ingreso bruto de los últim	os 12 meses		to de los últimos	12 mesc	es

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/AA.					
Relación con el solicitante								
Discapacidad* Sí No	Sexo Femenino	Masculino Origen	étnico Hispano	, latino o de origen hispano	No hispano	o, latino o de origen hispano		
Raza Indoamericana/	nativa de Alaska Asi	ática		Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico		ano de Estados Unidos/residente legal ijero documentado)*		
Indoamericana/ negra/afroamer	· —	ática/blanca		Otra variante multirracial	(extrain	Sí No		
	nativa de Alaska y blanca	gra/afroamericana		Blanca				
_	Ne _l	gra/afroamericana/bla	anca —					
Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplemen	tarios	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	Salario militar activo	Indemnización	ervicios públicos de los trabajadores pacidad laboral huelga	Dinero retirado de las II anualidades/otras inve Ingresos por intereses Pago de una suma total (liq bienes y fideicomisos/acue pagos de seguros/premios Dividendos Ganancias de capital	rsiones uidaciones de rdos de divorcio/ de lotería)	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.)		
negro (neumoconiosis) Pago de una suma total proveniente de estas fuentes				Otro	la doc	umentación de los ingresos ndiente a los últimos 12 meses.		
Ingreso bruto de los últimos 30 días	Ingreso bruto de los últimos 30 días	Ingreso bruto de lo	s últimos 30 días	Ingreso bruto de los últim e	os 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		
						1		
Nombre completo*			Número de Seguro	Social*	Fecha	a de nacimiento (MM/DD/AAAA)*		
Relación con el solicitante								
Discapacidad* Sí No	Sexo Femenino	Masculino Origen	étnico Hispano	, latino o de origen hispano	No hispand	o, latino o de origen hispano		
negra/afroamer	nativa de Alaska y Asi icana Nei	ática ática/blanca gra/afroamericana gra/afroamericana/bla	anca	Nativa hawaiana/ otra isla del Pacífico Otra variante multirracial Blanca	I	ano de Estados Unidos/residente legal jjero documentado)* Sí No		
Ingresos fijos	Ingresos provenientes del empleo	Ingresos suplemen	tarios	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	Indemnización	ervicios públicos de los trabajadores pacidad laboral huelga	Dinero retirado de las II anualidades/otras inve Ingresos por intereses Pago de una suma total (liq bienes y fideicomisos/acue pagos de seguros/premios Dividendos Ganancias de capital Otro	rsiones uidaciones de rdos de divorcio/ de lotería) † Para esta: la docc	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.) s categorías DEBE proporcionar umentación de los ingresos diente a los últimos 12 meses.		
Ingreso bruto de los últimos 30 días	Ingreso bruto de los últimos 30 días	Ingreso bruto de lo	s últimos 30 días	Ingreso bruto de los últim o	os 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		

Sección de Dedu	cciones	del hog	ar*								
Deducciones totales de ingresos del ho (elija todas las que correspondan)	ogar		Honorarios de abogado por aco de bienes o fideicomisos	uerdos	Cuentas de gastos por	cuidados m	édicos [Reembolso por gastos de trabajo			
(cit)a todas las que correspondany			Pago de manutención infantil		Reducción de gastos de Medicaid (dedu			(deducibles) Gastos comerciales por trabajo por cuenta propia permitidos por el IRS			
			Primas del seguro médicos		Primas de Medicare Planes de medicament	tos rosotado	. [Discapacidad a corto y largo plazo			
Deducciones totales en los últimos 30 d	días				Deducciones totales en los últi උ	mos 12 mes	es				
\$					\$						
Tenga en cuenta que: se re	equiere la d	locumentacio	ón <u>sobre la (las) dedu</u>	icción((<u>es</u>).						
Sección de ingre	sos ele	gibles to	tales del hog	ar*							
Sume los ingresos totales r	ecibidos po	or cada miem	bro adulto del hogar	y lueg	go reste las deduccio	nes tota	ales del l	nogar.			
	Ingresos t	otales del hogar	Últimos 30 días			Últin	nos 12 mese	s			
(sume los montos de la Sección de Ingre	esos del hogar de	e las páginas 3 y 4)	\$				\$				
		otales del hogar	Últimos 30 días				nos 12 mese	s			
(de la Sección de Deducc	iones del hoga	r en la página 5)	- \$			_	\$				
			Ingresos totales del hogar meno mencionadas anteriormente	os las ded	lucciones totales del hogar	"	Ingresos totales del hogar menos las deducciones totales del hogar mencionadas anteriormente				
Tota	de ingreso	os elegibles	\$				\$				
Si corresponde, explique la diferencia d	a los ingrasos an	los últimos 30 días a	·	os últimos	s 12 masas		•				
								resos contables. Para obtener una li			
completa de los ingresos ex	ciuidos, visi	te <u>energyne</u> tp	o.onio.gov. Es posible d	quese	requiera la documen	tacion d	eingreso	os excluidos para completar su solicit	ua		
		_									
Sección de infori	mación	de serv	icios públicos	5*							
¿Cómo calefacciona su hogar?	Gas natura	al		Acei	ite combustible o queroseno		Calefacción	eléctrica (incluye zócalos)			
	Gas propa	no o embotellado (g	gas licuado de petróleo)	Carb	bón, leña o pellets de madera		Otro	1			
Compañía/Proveedor		Número de cuen	nta	ئے	Se incluyen los costos en el alquile	er? Sí	No	¿Tiene un medidor compartido? Sí	No		
Nombre del titular de la cuenta			Apellido del titular de la cue	enta		Rela	ción con el	cliente principal	_		
Si está inscrito en el PIPP actualmen	te, ;desea	Sí N	 o		Desea inscribirse en el PIPP	?;Tiene un	Γ	Sí No			
volver a verificar esta cuenta?				p	proveedor de servicios públic	cos regulad	o?				
Brinde la información de su	ı proveedo	r de servicios	eléctricos públicos (si no la	a proporcionó anter	iorment	:e):				
Proveedor/Compañía eléctrica		Número de cuen	nta	į.	Se incluyen los costos en el alquile	er? Sí	No	¿Tiene un medidor compartido?	No		
Nombre del titular de la cuenta		I	Apellido del titular de la cue	l_ enta			Relació	ón con el cliente principal	_		
								F = 2 P 22			
Si está inscrito en el PIPP actualmen	te, ¿desea volve	er a verificar esta c	uenta? Sí !	No							
¿Desea inscribirse en el PIPP y tener	un proveedor d	e servicios público	os regulado? Sí !	No					_		
		·									

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

Términos del acuerdo

Acepto

Pagar todos los meses el monto de mi Plan de Pagos según Porcentaje de Ingresos (PIPP) Plus por mi servicio de electricidad y/o de gas natural.

Visitar a mi proveedor de asistencia de energía local o ingresar en energyhelp.ohio.gov para volver a presentar mi solicitud al menos una vez al año con las últimas actualizaciones de mi información del hogar y documentación de ingresos para seguir siendo elegible.

Contactar a mi proveedor de asistencia de energía local o reportar en energyhelp.ohio.gov cualquier cambio en el monto de mis ingresos totales o en la cantidad de miembros del hogar, dentro de los 30 días posteriores al cambio.

Aceptar cualquier programa de energía eficiente que ofrezca la Agencia de Servicios para el Desarrollo de Ohio (Ohio Development Services Agency (ODSA)) o sus proveedores designados, de ser elegible.

Permitir que mis compañías de servicios públicos proporcionen mi nombre, dirección, número de teléfono, información sobre los miembros del hogar, el monto del consumo de servicios públicos, y el monto total vencido a ODSA y a las agencias que brindan servicios de climatización u otros servicios de energía relacionados.

Permitir que la ODSA proporcione mi nombre, dirección, número telefónico, información sobre los miembros del hogar y mi estado actual a las compañías de servicios públicos y a otros proveedores de asistencia de energía.

Permitir que la ODSA comparta mi consumo y datos demográficos con las organizaciones contratadas por la ODSA para evaluar los programas que administran.

Comprendo que No volverán a verificar si debo algún pago de PIPP. Debo realizar estos pagos antes del próximo ciclo de facturación o en la fecha de pago que me asignaron mis compañías de servicios públicos.

> Si omito tres o más pagos consecutivos, recibiré un aviso en mi factura y tendré el ciclo de facturación posterior al aviso como período para compensar los pagos o no recibiré más el PIPP.

Si no verifico mis ingresos al menos una vez cada 12 meses, no recibiré más el PIPP.

Si no realizo los pagos que debo antes de mi fecha de aniversario establecida, no recibiré más el PIPP (entiendo que la verificación del PIPP y las fechas de vencimiento se imprimen en las facturas de servicios públicos cada mes).

Si soy elegible para el EPP, estoy de acuerdo y/o entiendo que la inscripción para aceptar los servicios del EPP es necesaria para mantener la elegibilidad para el PIPP Plus.

Si realizo mis pagos al PIPP completos y puntuales cada mes, recibiré un crédito para 1/24 de mi total vencido, y no tendré que pagar la diferencia entre mi pago al PIPP y el monto real de la factura.

Si vuelvo a solicitar el PIPP y no soy elegible, o si elijo salir del PIPP, puedo inscribirme en Graduate PIPP por hasta 12 meses tras la fecha de terminación y aún recibir créditos para mis montos vencidos adeudados en mis cuentas de servicios públicos.

Si me mudo fuera del área de servicio de mi compañía eléctrica o de gas, puedo inscribirme en el Programa Post PIPP para hacer pagos a mi cuenta cerrada y recibir créditos para los montos vencidos.

Soy legalmente responsable por todos los montos vencidos en mis cuentas de gas o de electricidad, y si no participo en el PIPP, se cobrarán los montos vencidos. Si los montos vencidos no se cancelan por completo, las compañías de servicios públicos podrán poner en ejecución cualquier método común de cobro por los montos vencidos en mis cuentas.

Puedo apelar si no se llega a una decisión sobre mi solicitud dentro de un período de 12 semanas. También puedo apelar en un plazo de 30 días si no estoy de acuerdo con el monto de mi beneficio o si me negaron la asistencia.

Autorización general

Un solicitante que brinde información falsa sobre los ingresos o la composición familiar, corre riesgo de lo siguiente: ser excluido del PIPP y/o de otros programas de asistencia energética; no ser elegible para volver a solicitarlo durante los siguientes 24 meses, que los créditos pendientes de pago se sumen a su factura de servicios públicos, y/o recibir una factura de su(s) servicio(s) público(s) por el saldo total de la cuenta.

Autorizo al comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio (Ohio Department of Taxation) o a cualquier agente o empleado designado por el comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, así como también al director del Departamento de Desarrollo de Ohio (Ohio Department of Development) o a cualquier agente o empleado designado por el director, o el director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Jobs and Family Services) o cualquier agente o empleado designado por el director, a proporcionar al director del Departamento de Desarrollo de Ohio o cualquier agente o empleado designado por el director, o al comisionado fiscal del Departamento de Impuestos de Ohio, o a cualquier agente o empleado designado por el comisionado fiscal, acceso a toda mi información de impuestos sobre la renta del estado de Ohio. El solicitante renuncia expresamente al (a los) aviso(s) de divulgación(es). El solicitante renuncia expresamente a las disposiciones de confidencialidad del Código Revisado de Ohio (Ohio Revised Code), que de otro modo podría prohibir la divulgación, y acepta mantener al Departamento de Impuestos de Ohio, al Departamento de Desarrollo de Ohio y al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio y sus respectivos agentes y empleados exentos de responsabilidad con respecto a las divulgaciones en este documento. Esta autorización debe analizarse e interpretarse libremente; cualquier ambigüedad se resolverá a favor del comisionado de impuestos del Departamento de Impuestos de Ohio, el director del Departamento de Desarrollo de Ohio y el director del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio.

Entiendo que al firmar esta solicitud, otorgo al Departamento de Desarrollo de Ohio, o a sus proveedores autorizados, acceso a los registros de mi banco, empleo, asistencia pública, compañía de servicios públicos u otros registros necesarios para la verificación y evaluación de los servicios. Además, otorgo al Departamento de Desarrollo de Ohio, o a sus proveedores autorizados, acceso a cualquier información que haya proporcionado a cualquier otra agencia estatal, incluida, entre otras, la información sobre ingresos relacionada con las solicitudes de asistencia pública. Comprendo que el hecho de completar esta solicitud no garantiza que mi hogar recibirá la asistencia. Si soy o me convierto en cliente del PIPP, comprendo que pueden incluirme en un grupo para el cual el servicio eléctrico se compra en común. Comprendo que cualquier proveedor autorizado puede anular un pago aprobado si se encuentra información que determina que mi hogar no es elegible para los servicios según las reglas de cada programa. Comprendo que tengo el derecho de apelar. Certifico que la información que he presentado en esta solicitud es, a mi buen saber y entender, una declaración completa, precisa y verdadera de la información requerida. Comprendo que puedo estar sujeto a cargos civiles o penales según las leyes federales y estatales si, a sabiendas, presento declaraciones falsas o fraudulentas.

Declaro bajo pena de perjurio que la información presentada en esta solicitud es correcta y veraz.

FIRME Y ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO A: Oficina de Asistencia Comunitaria, Programa de Asistencia Energética del Hogar P.O. Box 1240, 43216 Columbus, Ohio X Firme aquí Fecha de la solicitud