



Nota: Si recibe un aviso de desconexión, comuníquese inmediatamente con su proveedor de servicios públicos e infórmele que está solicitando LIHEAP. Comuníquese con su Oficina de Servicios Familiares local para obtener más información..

El programa de LIHEAP está diseñado para ayudar a los hogares de Iowa con bajos ingresos que cumplan los requisitos a pagar una parte de sus gastos de calefacción residencial durante la temporada de invierno, fomentar el pago regular de los servicios públicos, promover la concienciación energética y fomentar la reducción del consumo de energía mediante la eficiencia energética, la educación de los clientes y la climatización. Todos los clientes que soliciten este programa presentarán simultáneamente una solicitud de ayuda para la climatización, tal y como exige la legislación estatal. Este programa NO está diseñado para pagar los gastos energéticos totales de un hogar. El programa proporcionará asistencia complementaria basada en varios factores. Entre esos factores se incluyen los ingresos totales del hogar, el tamaño del hogar, el tipo de vivienda y el tipo de combustible para calefacción, entre otros.

Las solicitudes se aceptarán por orden de llegada a partir del 1 de octubre de 2025 para los hogares con miembros de al menos 60 años de edad o discapacitados. Todos los demás hogares podrán presentar su solicitud a partir del 1 de noviembre de 2025. Las solicitudes se aceptarán hasta el 30 de abril de 2026. Tanto los hogares ocupados por propietarios como los ocupados por inquilinos pueden solicitar la ayuda energética. Los hogares con ingresos iguales o inferiores al 200 % de las pautas federales de ingresos de pobreza pueden tener derecho a recibir ayuda en virtud del LIHEAP.

CÓMO SOLICITARLO:

Imprima, complete y firme la solicitud de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP). Se debe incluir la información de todas las personas que viven actualmente en la casa, independientemente de su relación con la persona que completa la solicitud. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 563-382-9608. Una vez que haya completado la solicitud, envíela por correo junto con los documentos justificativos (prueba de ingresos y copias de las facturas de servicios públicos) a NEICAC, PO Box 487, Decorah, IA 52101, o envíela por correo electrónico a liheap@neicac.org.

Incluya los siguientes documentos con su solicitud completada y firmada.

- **Facturas de servicios públicos:** incluya una copia de su factura de calefacción y electricidad más reciente. Si la calefacción está incluida en el alquiler, debe incluir una copia de su contrato de alquiler o una declaración firmada con el nombre y el número de teléfono de su arrendador junto con la solicitud completada.
- **Se debe proporcionar el número de la seguridad social de cada miembro del hogar, independientemente de su edad, para que ese miembro del hogar sea elegible. Al menos un miembro del hogar debe proporcionar la documentación del número de la seguridad social para que el hogar en sí sea elegible.**
- **Prueba de ingresos:** se deben verificar todos los ingresos del hogar de los últimos 30 días, del año natural anterior o de los últimos 12 meses. Todos los ingresos deben ser ingresos brutos, no ingresos netos (a menos que se indique lo contrario) y correspondientes al mismo periodo de tiempo (ingresos mensuales o anuales). Los ingresos incluyen, entre otros: pensión alimenticia, rentas vitalicias, bitcoins, CRP, criptomonedas, cuidados de personas dependientes, seguro de discapacidad, dividendos, ingresos del trabajo (salarios y sueldos brutos), ingresos agrícolas, apuestas/lotería, prácticas, cuentas IRA, sumas globales.

Salarios/Sueldos

- o Declaración de impuestos federales o formularios W-2 del año anterior.
- o Pago mensual: 1 nómina desde la fecha de la solicitud.
- o Pago dos veces al mes: 2 nóminas desde la fecha de la solicitud.
- o Pago cada dos semanas: 2 nóminas desde la fecha de la solicitud.
- o Pago semanal: 4 nóminas desde la fecha de la solicitud.
- o Pago diario: nóminas de todos los días trabajados de las últimas 4 semanas desde la fecha de la solicitud.
- o Si no dispone de su declaración de impuestos o nóminas, puede proporcionar un documento impreso de su empleador, en papel con membrete de la empresa, en el que se indiquen sus salarios brutos (antes de impuestos y deducciones) recibidos durante los 30 días anteriores a la fecha de la solicitud.

Ingresos por trabajo autónomo/agricultura/alquiler

- o Declaración de impuestos federales del año anterior

Prestaciones de la Seguridad Social o SSI (una de las siguientes)

- o Copia de su cheque mensual
- o Carta de concesión en la que se indique su importe mensual
- o 1099 o extracto de la SSA en el que se indique su importe anual
- o Extracto bancario (si es depósito directo) en el que se indique el importe mensual

Pensión o prestaciones para veteranos (una de las siguientes)

- o Copia de su cheque mensual.
- o Carta de concesión en la que se indique su importe mensual.
- o Extracto bancario (si es depósito directo) en el que se indique el importe mensual.

Indemnización por accidente laboral

- o Carta en la que se indique el importe de la prestación, la frecuencia de pago y la fecha de inicio y finalización de la prestación.

Prestaciones por desempleo (uno de los siguientes documentos)

- o Impresión de los Servicios de Desarrollo Laboral/Desempleo.
- o Carta en la que se indique el importe de la prestación, la frecuencia de pago y la fecha de inicio y finalización de la prestación.

SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS

1. INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CABEZA DEL HOGAR

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ LA SOLICITUD:

Form fields for contact information: APELLIDO, NOMBRE, INICIAL, CONDADO, DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL, DIRECCIÓN DE CORREO, NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR, NÚMERO CELULAR, CORREO ELECTRÓNICO.

2. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA (Una guía para llenar esta sección se encuentra al pie de la página)

NOMBRE (PRIMERO Y APELLIDO)	PARENTESCO CON EL CABEZA DE FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	DISCAPACIDAD	ASEGURANZA MEDICA	¿HISPANO, LÁTINO, O DE ORIGEN HISPANO?	RAZA	ESTADO MILITAR	NIVEL DE EDUCACIÓN	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
1 USE ESTA LÍNEA PARA LA PERSONA MENTIONADA ARRIBA	CABEZA DE FAMILIA		MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
2			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
3			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
4			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
5			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
6			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
7			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		
8			MALE FEMALE OTHER		YES NO UNKNOWN		YES NO		VETERAN ACTIVE NONE UNSURE		

CUÁNTOS MIEMBROS DEL HOGAR SON: Ciudadano Americano: Fuera del hogar: Un joven desconectado (edad: 14-24) que no asista a la escuela o trabaje:

GUÍA PARA LLENAR LA SECCIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO I-94	ASEGURANZA MEDICA	RAZA	NIVEL DE EDUCACION	EMPLEO (ESTADO DE EMPLEO)
	1 - Cabeza de familia 2 - Conyugue 3 - Hijo 4 - Hijo de crianza 5 - Nieto 6 - Hermano 7 - Padre 8 - Abuelo 9 - Otro familiar 10 - No hay parentesco	• Formato de datos: 99 / 99 / 99	• Formato No. Social: 999-99-9999 • Formato I-94: 9999999 99	1 - Medicaid 2 - Medicare 3 - Programa de seguridad del estado para menores 4 - Aseguración del estado para adultos 5 - Aseguración militar 6 - Compra directa 7 - Por medio del empleo 8 - Ninguna	1 - Indio Americano 2 - Nativo de Alaska 3 - Oriental 4 - Blanco 5 - Negro o Afro Americano 6 - Nativo de Hawaii otro Isleño del Pacífico 7 - Otro 8 - Multi-raza	1 - 0-8º grado 2 - 9º a 12º grado/no graduado 3 - Graduado de la secundaria 4 - Equivalente al diploma 5 - 12º grado o más escuela post secundaria 6 - Graduado de la Universidad (2- 4 años) 7 - Graduado de otra escuela post secundaria	1 - Empleado (tiempo completo) 2 - Empleado (medio tiempo) 3 - Migrante trabajador temporal del campo 4 - Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) 5 - Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) 6 - Desempleado (no en la fuerzalaboral) 7 - Jubilado

SOLICITUD DE IOWA PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ENERGÍA Y DE CLIMATIZACIÓN PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS

3. TIPO DE HOGAR (marque una)

PERSONA SOLTERA DOS

FAMILIA MONOPARENTAL FEMENINA

HOGAR CON AMBOS PADRES

HOGAR DE MULTIPLES GENERACIONES

ADULTOS SIN HIJOS

FAMILIA MONOPARENTAL MASCULINA

ADULTOS NO PARIENTES CON HIJOS

OTRO: _____

4. FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR (marque todas las que apliquen)

Para cada fuente de recursos que usted marque, debe incluir prueba de ingresos junto con la solicitud.
Para INGRESOS, provea copias de sus talones de cheque de los 30 días anteriores a esta solicitud, o proporcione una copia de su declaración de impuestos federales. Para INGRESOS de AUTOEMPLEO o INGRESOS AGRARIOS, proporcione una copia de su declaración de impuestos federales.

INGRESOS DE EMPLEO (SALARIOS)

SSI (INGRESO SUPLEMENTARIO DEL SEGURO SOCIAL)

SEGURO PRIVADO DE INCAPACIDAD

PENSIÓN ALIMENTICIA U OTRO APOYO DE MANUTENCIÓN

MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS

INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AGRARIOS

SSDI (INGRESO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL)

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

ASISTENCIA GENERAL DE

NO HAY INGRESOS

INGRESOS DE JUBILACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

COMPENSACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DE VETERANOS

SEGURO DE DESEMPLEO

PENSIÓN

PENSIÓN DE DISCAPASIDAD NO CONECTADA A LOS SERVICIOS DE VETERANOS

ASISTENCIA DE TANF/FIP

OTRO: _____

¿Su hogar tiene ahorros de sobre \$50,000 (incluya: todos los ahorros y cuentas corrientes, CDs, y otras inversiones)?

SI

NO

¿Alguien en su familia presento una declaración de impuestos y recibido los beneficios EITC (Earned Income Tax Credit) el año pasado o este año?

SI

NO

5. BENEFICIOS NO MONETARIOS DEL HOGAR (marque todos las que apliquen)

SNAP (PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS)

HCV (VALE DE ELECCIÓN DE VIVIENDA)

HUD-VASH (VIVIENDA SUSTENTADA POR ASUNTOS DE VETERANOS)

WIC (MUJERES, INFANTES Y NIÑOS)

VIVIENDA PÚBLICA

VALE PARA CUIDADO DE NIÑOS

LIHEAP

VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE

SUBSIDIO LEGAL DE CUIDADO ACSESIBLE

OTRO: _____

6. ESTADO DE VIVIENDA (marque uno)

PROPIA

ALQUILER

OTRA VIVIENDA PERMANENTE

SIN HOGAR Si sin hogar, ¿qué es el estado actual de su vivienda?

OTRO: _____

Si RENTA, ¿sus gastos de calefacción están incluidos en su alquiler?

SI

NO

Si RENTA, ¿recibe asistencia de alquiler?

SI

NO

Si RENTA, ¿sus gastos de electricidad están incluidos en su alquiler?

SI

NO

Si RENTA, ¿su renta se basa en un porcentaje de sus ingresos?

SI

NO

¿Cuáles son su hipoteca o costos de alquiler por mes? \$

7. INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO/COMPEJO

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

8. TIPO DE VIVIENDA (marque uno)

CASA

CASA MOBIL

ALQUILO UNA HABITACIÓN

EL EDIFICIO TIENE 2, 3 O 4 UNIDADES

EL EDIFICIO TIENE 5 O MÁS UNIDADES

OTRO: _____

9. PRINCIPAL FUENTE DE CALEFACCIÓN (marque uno)

GAS NATURAL

ELECTRICIDAD

GAS PROPANO

ACEITE COMBUSTIBLE

MADERA/CARBÓN/MAÍZ

OTRO: _____

¿Si propano, tiene un tanque vacío o bajo (30% o menos)

SI

NO

10. ESTADO DE LA CUENTA DE CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD DEL HOGAR

¿Tiene un aviso de desconexión?

SI

NO

SI

NO

¿Está actualmente desconectado su servicio?

SI

NO

SI

NO

¿Tiene un arreglo de pago?

SI

NO

SI

NO

Debe incluir una copia de una FACTURA DE servicios de CALEFACCIÓN y de servicio de ELECTRICIDAD recientes con esta aplicación.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Estoy haciendo una solicitud para el Programa de Asistencia de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y/o El Programa de Asistencia para Climatización (WAP). Entiendo que mi firma en esta solicitud o mi consentimiento verbal le otorga permiso a la agencia que procesa esta solicitud para usar la información que he proporcionado para determinar la elegibilidad de mi hogar para estos programas, y para otros programas administrados por esta agencia para los cuales he solicitado. Doy permiso al Estado de Iowa, al Departamento de Energía de los Estados Unidos, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y a la agencia procesando esta solicitud de obtener información adicional de mi proveedor de energía acerca del uso de mi hogar y el historial de pagos. También doy permiso al Estado de Iowa para divulgar información de la solicitud a mi proveedor de energía y para proveer detalles sobre mi cuenta y uso a los programas de LIHEAP, y WAP según sea necesario para facilitar recepción de beneficios.

Mi firma en esta solicitud o mi consentimiento verbal certifica, bajo pena de ley, lo siguiente: 1) Toda la información y documentación asociada con esta solicitud es correcta y completa, a mi leal saber y entender. 2) Declaro que soy la única persona en el hogar que ha completado o completará solicitud para estos programas. 3) Comprendo que si proporciono información falsa puedo ser sujeto a descalificación del programa o pena de ley. 4) Si fuera aplicable, autorizó la climatización de mi casa sin costo alguno para mí o mi familia. Esto incluye autorizar a la agencia para contactar a mi arrendador para obtener permiso para climatizar mi casa cuando corresponda. Entiendo que firmar esta solicitud no garantiza que recibiré asistencia para la climatización.

Entiendo esta declaración

FIRMA

FECHA



Declaración de confidencialidad

Como cliente de Northeast Iowa Community Action Corporation (NEICAC), tiene derecho a esperar que protejamos cualquier información personal y privada que comparta con nosotros con el fin de recibir servicios. Tenemos la responsabilidad de preservar la información sobre usted y su familia y divulgar información sólo para su beneficio. La información que compartimos sobre usted y su familia se mantendrá al mínimo; solo se compartirá la que sea necesaria para brindarle servicios individualizados. Ninguna información sobre usted y su familia será divulgada a nadie que no sean las personas que están autorizadas a recibir dicha información.

NEICAC ofrece una variedad de servicios a través de varios departamentos, que incluyen, entre otros: Head Start, Early Head Start, FaDSS (Programa de Desarrollo Familiar y Autosuficiencia), Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP), Transporte Público EARL, Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), Programa de Vivienda, Programa de Asistencia de Climatización (WAP) y una variedad de programas de asistencia de crisis. Con el fin de proporcionarle servicios, podemos compartir información con el personal apropiado dentro de nuestra agencia.

Todas las comunicaciones con individuos u organizaciones fuera de la agencia con respecto a información específica sobre usted o su familia están estrictamente prohibidas a menos que hayamos obtenido su consentimiento previo por escrito para divulgar dicha información. Se requieren autorizaciones por escrito antes de todos los medios de comunicación en persona, por teléfono, por escrito, por fax, electrónica o de cualquier otro tipo. El consentimiento por escrito debe ser específico para el individuo u organización fuera de la agencia. Una excepción a esta práctica ocurre cuando un financiador del programa requiere información sobre las personas o familias del programa que se atienden. Solo se compartirá la información requerida por el financiador para el monitoreo, la gestión o la recopilación de datos del programa.

La única otra vez que su información confidencial sera sin su permiso es en caso de daño o peligro inminente para usted o un miembro de su familia; o en el caso de sospecha de abuso infantil. El personal de NEICAC es denunciante obligatorio de abuso infantil.

He leído y entiendo esta declaración de confidencialidad y entiendo que expirará en un fecha de formularioa de un año firmada a continuación.

de firma

Fecha

Nomre impreso