



**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE LEAP**

(El Programa corre entre Noviembre 1<sup>ro</sup>-Abril 30<sup>avo</sup>)

COMPLETAR LAS  
4 PÁGINAS Y  
FIRME LA PÁGINA 4

FOR COUNTY USE ONLY									
County		Household Number Basic						Suffix	
Case Reg.	Adv. Exped	Payment Method Client			Vendor			Technician Number	
Date Received									

Si necesita ayuda completando esta solicitud, llame al HEAT HELP a 1-866-432-8435.

**1. SOLICITANTE**

Apellido		Nombre			Segundo Nombre				
Dirección de Residencia				Ciudad		Estado		Código Postal	
Dirección de Casa (Si es diferente a la anterior)				Ciudad		Estado		Código Postal	
Teléfono o Teléfono Celular		Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento		Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Es usted un ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Numero de Seguro Social
Dirección de Correo Electrónico					En que condado vive?			Es usted un residente permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**2. MIEMBROS DE FAMILIA EN SU CASA**

Complete toda la información abajo para cada miembro de su familia "Su casa/hogar" indique todas las personas que viven con usted y que dependen económicamente de usted. Indique compañeros de casa o miembros de otras familias que viven con usted en la sección 3.

Nombre (Indique todos los miembros de su familia)	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación a usted	Edad	Sexo	Lugar de nacimiento	Tiene usted ingresos?		Es usted un ciudadano de los EEUU?		*Es usted un residente permanente?	
							Sí	No	Sí	No	Sí	No

\*Si usted o algún miembro de su hogar son residentes con registro, FAVOR DE ADJUNTAR UNA FOTO COPIA DEL FRENTE Y EL DORSO DE SU MATRÍCULA O TARJETA DE RESIDENCIA PERMANENTE.

**3. ALGUIEN MAS VIVE EN ESTA RESIDENCIA?**  Sí  No

Favor de indicar los familiares o amistades que viven con usted y que no dependen económicamente de usted que no aparecen en la sección#2. Si la respuesta es Sí, cuantos? \_\_\_\_\_

Nombre	Relación a usted	Edades

## ● 4. INGRESOS DE LA FAMILIA

**A.** Alguna persona en su casa tiene ingresos de trabajo?  Sí  No

Quien lo recibe?	Con que frecuencia le pagan?	Cantidad en bruto por mes	Nombre del lugar de empleo	Inicie este cuadro si ha adjuntado copias de talones de pago al menos durante las últimas 4 semanas.

**B.** Alguna persona en su casa tiene ingresos de sus negocios propios? (Incluye cuidado de niños, etc.)  Sí  No

Quien lo recibe?	Con qué frecuencia le pagan?	Cantidad en bruto por mes	Nombre del negocio	Inicie este cuadro si ha adjuntado copias de su empleo de negocios propios y su declaración de pérdidas y ganancias por el mes anterior.

**C.** Alguna persona en su casa tiene ingresos sin trabajar (incluyendo programas de asistencia pública) como se enumeran a continuación?  Sí  No

Ingresos de Seguro Social (SSA); Ingresos de Seguro Social Suplementario (SSI); Ingresos de Seguro Social para los Deshabilitados (SSDI); Colorado Works (TANF); Pensión de los Ancianos (OAP); Aid to the Needy Disabled (AND); Mantenimientos de Niños; Alimony/Mantenimiento para la Esposa; Beneficios de Veterano; Compensación de Desempleo; Beneficios de Incapacitados de Empleo; Pensión o Ingreso de Retiro; Cualquier otro Ingreso (por favor explique):

Quien lo recibe?	Con qué frecuencia le pagan?	Cantidad en bruto por mes	Tipo de Ingreso No Laborar como se indica arriba	Inicie este cuadro si ha adjuntado copias de su comprobante de ingreso bruto o Carta de Aviso por el mes anterior.

**D.** Usted recibió préstamos o regalos de amigos o familiares?  Sí  No

Si es un préstamo, En qué fecha recibió usted el dinero? \_\_\_\_\_ Cual es la cantidad del préstamo? \_\_\_\_\_

En qué fecha empezara usted a pagar su préstamo? \_\_\_\_\_ Cuanto pagara por mes? \_\_\_\_\_

Si es un regalo de un amigo o familiar, Cuando recibió usted el dinero? \_\_\_\_\_ Cuanto recibió? \_\_\_\_\_

**E.** Explique cómo está usted pagando los siguientes gastos, únicamente si sus ingresos mensuales no cubren sus necesidades básicas.

Renta: \_\_\_\_\_ Utilidades: \_\_\_\_\_

## ● 5. ARREGLOS DE VIVIENDA

Indique (✓) Donde vive usted? Descríbalo abajo.

- |  |  |   |                                   |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casa                      | <input type="checkbox"/> Casa de huéspedes | <input type="checkbox"/> Casa de miembros de fraternidad/sociedad   | <input type="checkbox"/> Cabaña   |
| <input type="checkbox"/> Duplex/triplex/cuatruplex | <input type="checkbox"/> Hotel             | <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación                   | <input type="checkbox"/> Tráiler  |
| <input type="checkbox"/> Townhouse                 | <input type="checkbox"/> Van/carro/autobús | <input type="checkbox"/> Penitenciaría/cárcel/prisión -             | <input type="checkbox"/> Remolque |
| <input type="checkbox"/> Apartamento/condo         | <input type="checkbox"/> Casa para grupos  | <input type="checkbox"/> Casa para ancianos/albergue                | <input type="checkbox"/> RV       |
| <input type="checkbox"/> Casa móvil                | <input type="checkbox"/> Dormitorio        | <input type="checkbox"/> Otra vivienda, Por favor especifique _____ |                                   |

¿Usted Alquila?  Sí. Si su respuesta es sí, ¿cuál es su renta mensual? \_\_\_\_\_

¿Tiene un pago de hipoteca?  Sí.

Si su respuesta es sí, ¿Cual es su pago de hipoteca? \$ \_\_\_\_\_; o, ¿es usted propietario de su vivienda sin deudas?  Sí

¿Paga usted alquiler por un espacio o lote?  Sí. Si su respuesta es si, ¿Cuál es el pago del alquiler del espacio o lote? \$ \_\_\_\_\_

Como se llama el complejo de apartamentos donde usted vive y el teléfono? \_\_\_\_\_

## ● 6. AYUDA PAGANDO RENTA

Vive usted en vivienda de bajos ingresos (sección 8, vivienda pública, etc.)?  Sí  No

## ● 7. INFORMACION SOBRE LA CALEFACCION/RENTA

¿ESTÁ TENIENDO UNA EMERGENCIA CON EL COMBUSTIBLE PRINCIPAL DE CALEFACCION EN ESTE MOMENTO?  SI

Si su respuesta es sí, marque el tipo de emergencia abajo y adjunte una copia de la notificación de su proveedor de energía:

- Ya estoy desconectado. Fecha de desconexión: \_\_\_\_\_
- He recibido una notificación pero aun no esta desconectado. Fecha de desconexión programada: \_\_\_\_\_
- ¿Esta el tanque de propano vacio o está fuera de un combustible a granel, tales como la madera, el aceite de combustible, etc.?  
Mínima cantidad necesaria para entrega: \$ \_\_\_\_\_
- El tanque de propano esta a 20% o menos. Mínima cantidad necesaria para entrega: \$ \_\_\_\_\_

Indique (✓) cual es el combustible primario que usted usa para calentar su casa (no la luz). **INDIQUE SOLAMENTE UNO.**

Gas Natural  Propano  Electricidad  Leña  Carbón  Aceite  Queroseno  Otro: \_\_\_\_\_

**LEAP no puede proporcionar beneficios para ningún tipo de sistemas de calefacción portátiles.**

Indique (✓) la manera en cual usted paga su calefacción (no la luz) de su casa.

- Pago los gastos de calefacción directamente a la compañía de utilidad o al vendedor de combustible. (Si la respuesta es sí, adjunte una copia de su más reciente **factura de calefacción**)

Nombre del vendedor de combustible: \_\_\_\_\_ Numero de cuenta: \_\_\_\_\_

Si su electricidad es suministrada por una compañía diferente, por favor indique:

Nombre de la compañía eléctrica: \_\_\_\_\_ Numero de cuenta: \_\_\_\_\_

Si su cuenta esta al nombre de otra persona, provea el nombre y dirección de esa persona y su relación a usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Explique la razón porque su cuenta esta en ese nombre: \_\_\_\_\_

- La calefacción está incluida en la renta. (Si es así, adjunte una copia de su más reciente recibo de su renta.)
- Otra persona que no vive conmigo paga los gastos de calefacción. Provea el nombre y dirección de esa persona y su relación a usted.  
Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Explique la razón porque esa persona paga su cuenta de calefacción: \_\_\_\_\_

## ● 8. VERIFICACION DE PRESENCIA LEGAL

Las leyes del Estado requieren que los solicitantes de LEAP provean documentos adicionales con su solicitud. Una **COPIA LEGIBLE Y VALIDA** de uno de los siguientes documentos de identificación se debe enviar:

1. Una licencia de manejar del Estado de Colorado; o una identificación autorizada por el Estado de Colorado; o
2. Una tarjeta/cartilla militar de los Estados Unidos; o una tarjeta para dependientes militares; o
3. Una tarjeta/cartilla de Marinero Mercantil de los Estados Unidos; o
4. Un documento de membrecía en una tribu indígena de los Estados Unidos; o
5. Cualquier otro documento autorizado por las reglas adoptadas por el Departamento de Rentas Internas.

**ADICIONALMENTE:** El solicitante de LEAP también debe completar, firmar, y fechar el documento legal ubicado abajo.  
Para más información, visite la página DOR en: <http://www.colorado.gov/revenue>.



### AFFIDAVIT

Para el Departamento de Servicios Humanos y el Departamento de Póliza de Cuidado de Salud y Finanzas como Prueba de Presencia Legal en los Estados Unidos

Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Colorado que:

- Marque sólo una
- Yo soy ciudadano de los Estados Unidos, o
  - Yo soy Residente Permanente Legal de los Estados Unidos, o
  - Yo estoy presente legalmente en los Estados Unidos según la ley federal.

Yo comprendo que este es una declaración bajo juramento que se requiere por ley por la razón que yo he solicitado beneficios públicos. Yo comprendo que la ley del estado me requiere de proveer prueba de que estoy presente legalmente en los Estados Unidos previamente de recibir estos beneficios públicos. Yo reconozco además que al hacer declaraciones falsas, ficticias, o fraudulentas, o representaciones en este affidavit bajo juramento es castigado bajo las leyes del estado, Colorado Revised Statute 18-8-503 de perjurio de segundo grado y podría constituir una ofensa criminal separada cada vez que se reciban beneficios por medio de fraude.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## 9. INFORMACION ADICIONAL

La información reportada en esta sección no será utilizada para determinar su elegibilidad para LEAP o para su nivel de pago. Esta información se utiliza únicamente para estadísticas.

Marque (✓) aquí si cualquier miembro de su hogar es:  Discapacitado  Veterano Militar

Raza del/de solicitante:  Hispano/a  Blanco/a  Africano/a-Americano/a  Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska  Asiático/a  
 Hawaiano/a Nativo/a u Otro/a Isleño/a del Pacífico  Otro

Yo me entere del programa de LEAP por la siguiente fuente: (marque sólo una opción):

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigo                            | <input type="checkbox"/> 1-866-HEAT-HELP (432-8435) | <input type="checkbox"/> Centro de ancianos            | <input type="checkbox"/> Oficina de Servicios Sociales |
| <input type="checkbox"/> Anuncio de LEAP                  | <input type="checkbox"/> Periódico                  | <input type="checkbox"/> Anuncios                      | <input type="checkbox"/> PEAK sitio de web             |
| <input type="checkbox"/> Compañía de calefacción          | <input type="checkbox"/> Radio                      | <input type="checkbox"/> Asientos de espera de autobús | <input type="checkbox"/> Otro                          |
| <input type="checkbox"/> Recibí la solicitud en el correo | <input type="checkbox"/> LEAP sitio de web          | <input type="checkbox"/> Televisión                    |  |

## 10. CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL CLIENTE

La oficina LEAP de Colorado<sup>1</sup> Asistencia Telefónica para Calefacción: (866) 432-8435

(Para obtener una lista de agencias afiliadas que podrían proveerle asistencia, visite la página de Internet de LEAP: [www.colorado.gov/cdhs/LEAP](http://www.colorado.gov/cdhs/LEAP))

La oficina LEAP solicita a usted que autorice a su proveedor de servicio de energía para que revele la siguiente información a dicha oficina:

- El historial de consumo de energía y otros detalles de su cuenta tales como facturas de pago por servicios de energía, historial de pagos, saldos atrasados, depósitos pendientes, fecha actual estimada para la suspensión del servicio o fecha de suspensión del servicio, condición actual de sustento de vida, plan de pago, e historial de ayuda en los pagos de energía.
- La información general de su consumo de energía de hasta veinticuatro meses (únicamente indique los montos mensuales). Dicha información es específica para el cliente y se obtiene del medidor de su proveedor de servicio de energía:  Electricidad  Gas natural.

La oficina LEAP usará esta información para determinar su elegibilidad y asistirlo en su solicitud para participar en los programas de asistencia para gastos de energía. Si usted lo autoriza, la revelación empezará en la fecha que firmó la solicitud y terminará en la fecha que termine su participación en el programa de asistencia en los gastos de energía relevante. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

Favor de tener en cuenta que:

- No se le exige que autorice a su proveedor de servicio de energía para que revele su información de cliente.
- Su decisión de no autorizar la revelación no afectará sus servicios de energía.
- Su proveedor de servicio de energía no puede revelar información del cliente a menos que: (1) usted lo autorice, (2) los agentes contratistas que realizan los servicios a nombre del proveedor de energía, o (3) lo permita o requiera las leyes o reglamentos.
- Su proveedor de servicio de energía no tendrá control sobre los datos revelados en cumplimiento con este consentimiento, y no será responsable por el monitoreo ni tomará ninguna medida para asegurar que la oficina LEAP mantenga la confidencialidad de la información o el uso que usted autorizó.
- De conformidad con la sección 26-1-114, C.R.S., LEAP no revelará la información privada del solicitante a menos que sea con el propósito de administrar la asistencia pública según está definida por los reglamentos y leyes federales y del estado.

<sup>1</sup> LEAP es un Programa de Asistencia para Gastos de Energía para personas de bajos ingresos de Colorado. Este programa es administrado por el Departamento de Servicios Humanos de Colorado y los afiliados de LEAP.

## 11. FIRMA Y CONSENTIMIENTO

Mediante mi firma abajo, entiendo, reconozco y estoy de acuerdo que:

1. Si me llaman del Programa de Climatización, mi rechazo a permitir la climatización en mi casa podría resultar en la negación de los beneficios de LEAP.
2. Mi número de seguro social será usado para solicitar e intercambiar información con otras agencias como parte del proceso de verificación de elegibilidad.
3. El Departamento de Servicios Humanos de Colorado (CDHS, por sus siglas en inglés), podría usar mi número de seguro social para obtener datos de mi sueldo, monto de ingresos no derivados del trabajo, récords de pago de manutención de hijos, ingresos de intereses, beneficios del Seguro Social, jubilaciones, jubilación de empleados ferroviarios, o beneficios de los veteranos. Como parte del proceso de verificación de elegibilidad, el CDHS tiene mi permiso para comunicarse en mi nombre con otras agencias para establecer la elegibilidad.
4. Yo soy el cliente que consta en el récord, el agente autorizado del cliente, o una tercera parte autorizada por la cuenta de servicio de energía identificada en esta solicitud, y autorizo a mi proveedor de servicio de energía para que revele mi información de cliente como se especifica en la sección 10 de esta solicitud.
5. Usted podría cancelar su consentimiento para la revelación de la información de cliente por medio del proveedor de servicio de energía a la oficina de LEAP en cualquier momento mediante el envío de una solicitud escrita con su nombre y dirección de servicio de su proveedor de servicio identificado en la sección 7.
6. Si LEAP repara o reemplaza mi sistema de calefacción y yo no permito acceso a mi vivienda para propósitos de completar el servicio (incluyendo, pero no limitado a, inspecciones del gobierno requeridas por ley), mi rechazo podrá resultar en ser rechazado para todos los beneficios.
7. Es un crimen mentir en la solicitud o recibir beneficios para los cuales yo sé que mi familia y yo no somos elegibles, y yo puedo ser sujeto a ser procesado criminalmente por proporcionar información falsa de manera intencional. Dar información falsa puede ser castigado por una multa de hasta \$250,000 o una sentencia de cárcel de hasta 20 años, o ambos.
8. Una persona declarada culpable de cometer fraude no puede recibir beneficios durante un año para la primera ofensa, dos años para la segunda ofensa y permanentemente por la tercera.

▼ FIRME SU NOMBRE COMPLETO ABAJO ▼

► Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ ◀

La firma de la solicitud debe ser la misma persona listada en #1, página 1

Mes, Día, Año

**Si alguna persona le ayuda al solicitante a completar esta solicitud, esa persona debe firmar abajo.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Ayudante

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted desea conocer el estado de su solicitud, por favor llame HEAT HELP al teléfono 1-866-432-8435.