

**LIHEAP Aplicación de Asistencia para la Electricidad  
Servicios Humanos y Veteranos de Lee County  
2440 Thompson Street Fort Myers, FL 33901**

Envía su aplicación por correo electrónico a [LIHEAP@leegov.com](mailto:LIHEAP@leegov.com), escriba su nombre y apellido en la línea de título. También puedes enviar su aplicación por correspondencia o traerla personalmente. No envíe la aplicación por fax.

Date: \_\_\_\_\_ Unique ID # \_\_\_\_\_

Expires **30 days from the date issued**

**FOR OFFICE USE ONLY: Check CMO name and date received**

Application received date: \_\_\_\_\_ Verified Name: \_\_\_\_\_

**Para poder procesar su aplicación, por favor tenga en cuenta :**

- Esta aplicación es válida por 30 días **desde la fecha de origen**. Aplicaciones recibidas después de 30 días no serán consideradas ni procesadas. Usted recibirá una notificación avisando que su aplicación no fue aceptada.
- La persona la cual esta aplicación fue designada, debe estar en el hogar o la aplicación no será procesada y será considerada invalida. Usted recibirá una notificación avisando que su aplicación no fue aceptada.
- Su aplicación, singularmente numerada para el Programa LIHEAP, debe estar completa y correcta **con todas las preguntas y la última página debe ser firmada con fecha**.
- Aplicaciones serán recibidas de lunes hasta jueves.
- Si necesita más espacio para miembros del hogar, continúe en la página 3.

NOMBRE, INICIAL Y APELLIDO	Relación al Solicitante	Fecha de Nacimiento	Edad	Fuente de Ingreso Individuales debajo	Número de Seguro Social	Raza	Hispano	Ultimo año de Educación	# de Seguro Médico Instrucciones debajo	Veterano	Discapacidad	Ciudadano Americano	Estado de Trabajo: TC, MT, Otro	Frecuencia de Pago: Diario/Semanal/Quincenal/Mensual/Otro	Ingreso antes de Impuestos/Ingreso Bruto
1.	Mismo						✓			✓	✓	✓			\$
2.															\$
3.															\$
4.															\$
5.															\$

**Total # de personas en el hogar** #  Si necesita espacio adicional para miembros del hogar favor continuar en la página 4. **Ingreso total mensual en bruto (antes de impuestos)** \$

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo (Si es diferente): \_\_\_\_\_ Usted?  Renta  Dueño

**Seguro Médico: Escriba el número del tipo de seguro médico de cada miembro de la familia en la tabla de arriba. Ejemplo: **\*\*\*(2,3)\*\*\*****

1. Medicaid      2. Medicare      3. Seguro de VA      4. Seguro Privado      5. No Tengo Seguro Medico

**Fuente de Ingreso: Escriba arriba el número correspondiente de ingreso por cada persona**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Estampillas/SNAP \$ _____                   | <input type="checkbox"/> 8. Pensión Alimenticia o manutención conyugal       | <input type="checkbox"/> 16. Anualidades (incluyendo trimestral y anual)                       |
| <input type="checkbox"/> 2. Asistencia de Efectivo/TANF \$ _____        | <input type="checkbox"/> 9. Beneficios de Jubilación del Seguro Social       | <input type="checkbox"/> 17. Ingreso de Intereses o Dividendos                                 |
| <input type="checkbox"/> 3. Salario de Trabajo/Cheque                   | <input type="checkbox"/> 10 Seguro Social Discapacidad (SSDI)                | <input type="checkbox"/> 18. Ingreso de Alquiler (Personas que rentan de usted)                |
| <input type="checkbox"/> 4. Trabajo independiente/Ganancias de Efectivo | <input type="checkbox"/> 11. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)        | <input type="checkbox"/> 19. Contrato por Intereses de escritura                               |
| <input type="checkbox"/> 5. Beneficios de Compensación de Desempleo     | <input type="checkbox"/> 12. Sobrevivientes de Retiro por Incapacidad (RSDI) | <input type="checkbox"/> 20. Pagos Tribales, por fallo en juicio o por cápita                  |
| <input type="checkbox"/> 6. Compensación a los trabajadores             | <input type="checkbox"/> 13. Pensión de Retiro                               | <input type="checkbox"/> 21. Otro:   |
| <input type="checkbox"/> 7. Sustento de Menores                         | <input type="checkbox"/> 14. Beneficios de Pensión de Veterano               | <input type="checkbox"/> 22. Apoyo Familiar/Amistad – Explique en la página 3                  |
|   | <input type="checkbox"/> 15. Discapacidad a Largo/Corto plazo                | <input type="checkbox"/> 23. No Ingreso - Explique cómo paga los costos de vida en la Página 3 |



**Miembros adicionales en el hogar: Use este espacio si usted tiene más miembros en el hogar que no menciono en la pagina 1:**

NOMBRE, INICIAL Y APELLIDO	Relación al Solicitante	Fecha de Nacimiento	Edad	Fuente de Ingreso Instrucciones en la pagina 1	Número de Seguro Social	Raza	Hispano	Sexo M/F	Ultimo año de Educación	# de Seguro Médico - Instrucciones en la pagina 1	Veterano	Discapacidad	Ciudadano Americano	Estado de Trabajo: TC, MT, Otro	Ingreso antes de Impuestos/ Ingreso Bruto	Frecuencia de Pago: Diario/ Semanal/ Quincenal/ Mensual/ Otro
6.							✓				✓	✓	✓			
7.																
8.																
9.																
10.																
<b>Número total de personas viviendo en su casa</b>						<b>Total Mensual del Ingreso bruto de la vivienda</b>						<b>\$</b> <span style="border: 2px solid green; border-radius: 15px; padding: 5px;"></span>				

**Auto declaración de Ingresos y Gastos** ✓ por favor marque la cajas correspondientes y proporcione información cuando sea indicado.

Para los individuos de 18 años y más,	Recibe una cantidad fija cada mes: SSA, SSI, Discapacidad, VA, Sustento de menores	Empleado	Trabajador Independiente	Trabajo por pago en efectivo	Compensación de Desempleo	No ingreso o desempleado	Estudiante de Secundaria	Estudiante de College/Universidad	Si esta empleado, estado FT= Full time PT Part time o otro?	Si está desempleado, último mes o año que trabajo?	Si recibe ayuda de amigos o familia, de quien, cuanto y cada cuánto?	Si su presupuesto no alcanza para pagar sus gastos, que fuente de ingreso utiliza para pagar su renta/hipoteca?	Si su presupuesto no alcanza para pagar sus gastos, que fuente de ingreso utiliza para pagar por transportación?	Si usted no recibe estampillas de comida y su presupuesto no alcanza para pagar sus gastos, que fuente de ingreso utiliza para comprar comida?
.														
.														
.														

Como escucho de este programa?  LCEC/FPL  Amigo/Familia  Solicitante Previo  Empleados de DH&VS  United Way  Salvation Army  Otro \_\_\_\_\_



Si usted o cualquier miembro en su hogar no es un ciudadano americano o Residente permanente legal, escribe el nombre de la persona y el estado legal bajo la Ley de Inmigración y Nacionalidad. Necesitamos saber esta información para calcular su beneficio correctamente.

Nombre:	Estado migratorio:
Nombre:	Estado migratorio:

**INFORMACION DE VIVIENDA**

Cuanto es su renta/hipoteca? \$	Están los servicios públicos incluidos en su renta? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Usted Vive en? <input type="checkbox"/> Vivienda subsidiada o <input type="checkbox"/> Casa Privada
------------------------------------	---	--

Tipo de Vivienda  Apartamento  Casa Móvil  Casa Privada  Albergue

Usted recibe subsidio de servicios públicos?  SI  NO Si respondió "SI," usted está obligado a proporcionar una copia de la carta de aprobación de la Sección 8.

Nombre de Propietario:	Dirección:	# Teléfono:
------------------------	------------	-------------

Compañía de Energía: <input type="checkbox"/> FPL <input type="checkbox"/> LCEC	Nombre en la cuenta	Relación al solicitante	Número de Cuenta	# Pin si es LCEC

Alguna de las siguientes situaciones aplican a usted? (Marque **la caja que corresponda a usted**)

Electricidad:  Calor  Frio  Ambos  Ninguno Tipo:  Aire Central / Calefacción  Unidad de pared  No Aire Acondicionado  Yo caliente con \_\_\_\_\_

Gas: Nombre: \_\_\_\_\_  Número de Cuenta \_\_\_\_\_  Calor  Frio  Ambos  Ninguno

Propano: Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta \_\_\_\_\_  Calor  Frio  Ambos  Ninguno

Favor de adjuntar una copia de su factura de combustible y nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ y por favor, tenga en cuenta que *solo podemos pagar una compañía.*

Alguna de las siguientes situaciones aplican a usted? (Marque **la caja que corresponda a usted**)

Mi electricidad ha sido desconectada  Mi cuenta tiene pago(s) atrasado(s)  Tengo una nota de desconexión  Mi cuenta esta al día, sin retrasos de pago

Necesito ayuda con el deposito \$ \_\_\_\_\_ Si es cuenta nueva, número de cuenta: \_\_\_\_\_ PIN: \_\_\_\_\_



Condiciones:

- Soy responsable por proveer información completa, verdadera y precisa.
- Entiendo que, si proporciono información incompleta o incorrecta, o si falisco formas, mis beneficios serán terminados y puedo ser forzado a devolver el dinero, como también puedo estar sujeto a una investigación criminal y posible prosecución.
- Entiendo que la información que proporcione es de registro público de acuerdo con la Ley Florida Sunshine, Capitulo 119 y 668 (excepto por información protegida como seguros sociales, etc.) Esto incluye información enviada electrónicamente vía correo electrónico.
- Entiendo que la información pertinente puede ser compartida o recibida de otras agencias, incluyendo, compañías de servicios públicos, mi empleador, propietarios, compañías de Hipoteca y La Secretaria de la Corte Judicial, para facilitar el manejo del caso, referencias y registros financieros precisos.
- Su firma debajo afirma que la información que proporcionaste en esta aplicación es verdadera, completa y precisa y entiendes y estas de acuerdo con las condiciones.
- Empleados de Servicios Humanos y Veteranos de Lee County que saben o tienen causa razonable para sospechar, un niño o adulto vulnerable o anciano es abusado, descuidado, abandonado o explotado, está obligado a reportar tal abuso o sospecha a la línea directa central de abuso (Florida Statute Chapters 39 and 415).
- El personal está obligado por ley a reportar cualquier amenaza autónoma o a otros. Esto puede incluir, contactar a las autoridades de la ley o el Departamento de niños y familias para mantener otros fuera de peligro.

<b>Confirmación de recibo – He recibido la siguiente información:</b>		<b>Eligibility worker</b> ✓ <b>in red</b> if you referred this applicant to any of the following
<input type="checkbox"/>	<b>Educación de Energía</b> – Información pertinente a cambios que usted puede hacer para reducir la consumación de energía en su vivienda.	
<input type="checkbox"/>	<b>Orientación de Presupuesto</b> – Información sobre manejo de sus finanzas personales.	
<input type="checkbox"/>	<b>Otras referencias y fuentes de orientación – United Way 211, Lee County Intake si hay perdida de ingreso o una crisis médica (239) 533-7900</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>WAP (305) 245-7738 x 237- Programa de Climatización</b> ayuda a propietarios para reducir el costo de energía general con reparaciones.	

**DECLARACION DE FRAUDE:** La información de arriba es verdadera y completa. Entiendo que la prioridad en proveer asistencia será dada a las viviendas con el ingreso más bajo y con la necesidad más grande, por ejemplo, aquellas viviendas en las que haya ancianos, discapacitados, personas con necesidades médicas, o niños. Yo autorizo a la agencia a hacer mis pagos de benéfico directamente a la compañía de luz. Soy consciente que, si estoy aplicando a una asistencia de crisis, la agencia tiene 18 horas desde el momento que reciben mi aplicación para hacer una acción elegible, y si estoy aplicando para la asistencia de Energía, la agencia tiene 15 días para aprobar o negar mi aplicación. También soy consciente de que si la aplicación es aprobada o negada dentro del tiempo permitido, o si no es aprobada por la cantidad correcta, tengo derecho a un juicio de apelación.

<b>Firma del solicitante:</b> 	<b>Fecha:</b>
--	---------------

<b>REPRESENTANTE AUTORIZADO:</b> Un "Representante Autorizado" es alguien al que usted le da permiso (por escrito) de actuar por usted.	<b>Relación al cliente :</b>
---	------------------------------

<b>Nombre de Representante (legible) :</b>	<b>Mejor Contacto: Numero o Email</b>
--	---------------------------------------

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b> Case Name:	HH ID# CSN: HH ID # NewGen:	<b>Date Stamp:</b>
Eligibility Staff Signature:	<b>Date</b>	
<input type="checkbox"/> HOME ENERGY = LR <input type="checkbox"/> SUMMER CRISIS = LCC <input type="checkbox"/> WINTER CRISIS=LCH <input type="checkbox"/> WEATHER RELATED/SUPPLY= LD		
<input type="checkbox"/> Approved \$ _____ + \$ _____ <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Over income <input type="checkbox"/> Received benefit <input type="checkbox"/> Need more info <input type="checkbox"/> Other		
Benefit received in last 18 mo. Date & \$: LR _____ LCC _____ LCH _____		
Supervisor Review Signature:	<b>Date</b>	





The Florida Department of Economic Opportunity's (DEO) Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) Program Office is requesting that you authorize your utility service provider to disclose the following information to the LIHEAP office to which you are applying for assistance:

- Your utility account status and history, such as payment history, past due amounts, deposits, current shut-off due dates or disconnection, current life support status, payment arrangements, and history of energy assistance payments.
- Your total annual energy usage and charges for up to twelve months.

The Florida LIHEAP office and its contractors will use this information to develop LIHEAP program performance measures and meet Federal reporting requirements.

Please note that:

- You have a right to receive a copy of this form.
  - You are not required to authorize your utility service provider to disclose your customer data.
  - Your decision not to authorize the disclosure will not affect your utility services or any LIHEAP assistance you may be eligible for.
  - Your utility service provider may not disclose your customer data unless you authorize the disclosure to the LIHEAP office, DEO, or as otherwise permitted or required by laws or regulations.
  - Your utility service provider will have no control over the data disclosed pursuant to this consent, and will not be responsible for monitoring or taking any steps to ensure that the Florida LIHEAP office maintains the confidentiality of the data or uses the data as authorized by you.
  - The Florida LIHEAP office will not disclose any private applicant information except for the purpose of administering public assistance as defined by State and Federal laws and regulations and developing LIHEAP program performance measures.
- 

**ACCOUNT HOLDER (CUSTOMER NAME):**

**SERVICE ADDRESS FOR UTILITY:**

**NAME OF UTILITY SERVICE PROVIDER:**

**UTILITY ACCOUNT NUMBER:**

**PHONE NUMBER FOR UTILITY ACCOUNT:**

---

**SECTION A: APPLICANT READS AND COMPLETES THIS SECTION ONLY IF HE/SHE IS THE ACCOUNT HOLDER**

I hereby authorize the above named utility and this agency to disclose pertinent information regarding my account to agencies that may provide me financial assistance, including the Florida LIHEAP Office. I understand that the purpose of this disclosure is solely for federal reporting purposes and does not determine my eligibility for assistance. I further understand that some of the information the above named utility may provide to this agency may be considered confidential. I also understand that the above named utility does not and will not

---

---

have control over any account information provided to agencies pursuant to this Authorization, and I will hold the utility harmless for any claim related to the account information provided. All information is accurate to the best of my knowledge. The agency may verify information contained in the payment assistance application, including the utility account for which I am seeking assistance.

**ACCOUNT HOLDER'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

---

**SECTION B: APPLICANT READS AND COMPLETES THIS SECTION ONLY IF HE/SHE IS NOT THE ACCOUNT HOLDER**

As applicant for payment assistance for the above named utility account, I hereby confirm, under penalty of perjury, that I am an Authorized Representative on behalf of the Account Holder and I have authority to initiate this assistance application on his/her behalf. This may be confirmed at the agency's discretion, by contacting the Account Holder. I, and the Account Holder, understand that the purpose of this disclosure is solely for federal reporting purposes and does not determine my eligibility. I further understand that some of the information the above named utility may provide to this agency may be considered confidential. I also understand that the above named utility does not and will not have control over any account information provided to agencies pursuant to this Authorization, and I will hold the utility harmless for any claim related to the account information provided. All information is accurate to the best of my knowledge. The agency may verify information contained in the payment assistance application, including the utility account for which I am seeking assistance.

**APPLICANT'S NAME (NOT ACCOUNT HOLDER):** \_\_\_\_\_

**APPLICANT'S PHONE NUMBER:** \_\_\_\_\_

**APPLICANT'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

---

**SECTION C: FOR AGENCY USE ONLY**

Agency must maintain this form in the Applicant's file and make it available to the utility vendor of record upon request, for accounting and auditing purposes.

**AGENCY NAME:** \_\_\_\_\_

**PHONE:** \_\_\_\_\_

**AGENCY CASEWORKER'S NAME:** \_\_\_\_\_

**AGENCY CASEWORKER'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_ \_ \_ \_ \_

---

**AVISO SOBRE RECAUDACIÓN DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL  
PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA DE BAJOS INGRESOS**

La siguiente exposición se está realizando conforme a la sección 119.071 (5) de los Estatutos de la Florida.

Se pide los números de seguro social de los solicitantes y de los miembros del hogar ya que esta información se ha determinado que es importante para el ejercicio de las funciones y responsabilidades previstas por ley en bajo del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos. Esta información no es requerida por ley estatal o federal, sino, los números de seguro social son necesarios para determinar la elegibilidad para servicios del programa y, específicamente, para los siguientes fines:

1. Para verificar la identidad de un solicitante.
2. Para comprobar el tamaño del hogar.
3. Para comprobar los ingresos del hogar.

Un número de seguro social obtenida conforme a este aviso sólo puede ser utilizado por el Condado de Lee Departamento de Comisionadores y del Departamento de Servicios Humanos del Condado de Lee para los fines especificados anteriormente.

**No ceder, excepto bajo circunstancias limitadas.**

Números de Seguro Social no serán cedidos a otros a menos que sea requerido o autorizado por la ley de la Florida. Sección 119.071 (5), Estatutos de la Florida, permite la divulgación del número de seguro social de la persona en las siguientes circunstancias limitadas, específicas:

- Si la divulgación es expresamente requerido por la ley federal o Florida o es necesario que la agencia o entidad gubernamental para llevar a cabo sus funciones y responsabilidades;
- Si la persona consiente permite la divulgación por escrito;
- Si se realiza la divulgación para prevenir y combatir el terrorismo conforme a con la Ley Patriota de EE.UU. de 2001 ó la Orden Ejecutiva Presidencial 13224 (bloqueo de la propiedad y la prohibición de las transacciones comerciales con personas que cometen, amenazan con cometer, o apoyan el terrorismo);
- Para un empleado de la agencia y las personas dependientes, si la divulgación es necesaria la administración de beneficios para la salud de la persona o los fondos del plan de pensiones, o
- Si la revelación es para el propósito de la administración del Código Uniforme de Comercio por la oficina del Secretario de Estado.
- Si la revelación es solicitada por una entidad comercial para usos permitidos bajo la Ley del controlador federal de Protección de la Privacidad de 1994, la Ley de Informe Justo de Crédito federal o la ley federal de Servicios Financieros de Modernización de 1999 (por ejemplo, para verificar la exactitud de la información personal proveído por la persona a la entidad comercial, el uso de un asegurado de seguros en relación con reclamaciones de investigación o actividades de lucha contra el fraude, para su uso en relación con una transacción de crédito).

**Conocimiento de Recibo del Aviso**

Confirmando que he recibido una copia de este aviso con respecto a la colección de mi número de seguro social y los números de seguro social de todos los ocupantes del hogar, como parte del proceso de solicitud para el Programa de Asistencia para Hogares de Bajos Ingresos de Florida Energy.

---

Fecha

---

Firma Del Solicitante

**Lee County Department of Human & Veteran Services**

DEO Directive IM-20-01 COVID-19

Favor de completar para cada adulto actualmente desempleado debido al Coronavirus (COVID-19)

Nombre de solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre de cada miembro del hogar mayor de 18 años actualmente desempleado debido al <i>Coronavirus (COVID-19)</i> . Comienza con el solicitante, si es aplicable.	Ultimo día de trabajo	Ultima fecha de pago	¿Ha aplicado para beneficios de desempleo? Sí o no	Nombre de último empleador	Número de teléfono
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Si fue aprobado(a) para beneficios de desempleo, favor añada su carta o su pin de 4 dígitos  
\_\_\_\_\_

**Solicitantes/Recipientes tienen que leer y firmar lo siguiente**

Yo certifico que no tengo otra manera de documentar mi ingreso y que toda información dada anteriormente es verdadero y correcto. Yo entiendo que esta información será usada para determinar elegibilidad de mi hogar. Yo entiendo que los oficiales de este programa pueden verificar información en esta forma. Además, entiendo, si intencionalmente falsifico mi ingreso e información dada, podría tener que pagar beneficios recibido y podría ser procesado(a) bajo la ley estatal.

Firma de solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_