

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE SUBSIDIO DE ENERGÍA PARA EL HOGAR

Si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave y necesita esta solicitud en otro formato, lo puede solicitar de su distrito de servicios sociales. Si desea información adicional sobre los tipos de formatos disponibles y sobre cómo solicitar un formulario en otro formato, consulte las instrucciones adjuntas o ingrese a www.otda.ny.gov.

Si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave, ¿le gustaría recibir notificaciones en otro formato? ___ Sí ___ No

Si contestó «Sí», marque el tipo de formato que desea:

___ Letra Impresa Grande ___ CD de Datos ___ CD Audio
___ Braille, si usted determina que ninguno de los otros formatos le serán de igual utilidad a usted.

Si usted necesita otra modificación, favor de comunicarse con su distrito de servicios sociales.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE SUBSIDIO DE ENERGÍA PARA EL HOGAR

SÍRVASE LEER LAS INSTRUCCIONES ANEXADAS AL REVERSO DE LA SOLICITUD. RESPONDA **TODAS** LAS PREGUNTAS. **NO** ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS. ESCRIBA CLARAMENTE, EN LETRA DE IMPRENTA, Y FIRME EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 5. RELLENE CON TINTA AZUL O NEGRA LOS SIGUIENTES CASILLEROS QUE ESTÁN EN BLANCO.

SI NECESITA AYUDA , PÓNGASE EN CONTACTO CON LA AGENCIA INDICADA ARRIBA		SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA					
		DSS			OFA/ALTERNATE CERTIFIER		
		DATE RECEIVED			DATE RECEIVED		
SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA							
APPLICATION DATE	OFFICE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS.
CASE NAME					<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> HEATING EQPT <input type="checkbox"/> COOLING <input type="checkbox"/> EMERGENCY <input type="checkbox"/> OTHER _____		

SECCIÓN 1: COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE						
PRIMER NOMBRE		Inicial de 2° Nombre	APELLIDO			
OTROS NOMBRES QUE HE USADO SON:			OTRO NOMBRE:		OTRO NOMBRE	
DIRECCIÓN (CALLE)					Apto. Nº.	CIUDAD
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO	¿Desde hace cuánto tiempo reside en este domicilio? AÑOS _____ MESES _____			
NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA DONDE SE ME PUEDE UBICAR (Código + Número)			MEJOR HORA QUE SE ME PUEDE LLAMAR	DE SER NECESARIO UNA ENTREVISTA, ME GUSTARÍA QUE FUERA:		
				<input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> En persona		
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA ANTERIOR)						
DOMICILIO			Apto. Nº.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO CÓDIGO POSTAL
¿ALGUNA VEZ HA SOLICITADO HEAP? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI RESPONDIÓ «SÍ», FECHA DE SU SOLICITUD MÁS RECIENTE → _____						

NOMBRE DE TODAS LAS PERSONAS, INCLUYÉNDOSE A SÍ MISMA(O), QUE VIVEN EN LA MISMA VIVIENDA (¿Nadie más?, escriba **NINGUNA OTRA PERSONA** DEBAJO DE SU NOMBRE):

CD	LN	PRIMER NOMBRE	Inicial	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	PARENTESCO CONMIGO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	CIUDADANO / NACIONAL EXTRANJERO HABILITADO	CIEGO o INCAPACITADO
					MES	DÍA	AÑO	(M/F)				
1	01								YO MISMO (A)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1	02										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1	03										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1	04										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1	05										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1	06										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1	07										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si tiene personas adicionales que incluir, favor de adjuntar una hoja por separado.	Número total de personas del grupo familiar: _____
¿RECIBE USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU DOMICILIO, BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP , siglas en inglés), antiguamente conocido como cupones para alimentos en Nueva York; O HA(N) SOLICITADO ESTOS BENEFICIOS RECIENTEMENTE? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó «Sí», ¿quién? _____	
NÚMERO DE CASO DE SNAP _____	
¿RECIBE USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU DOMICILIO ASISTENCIA TEMPORAL, O HA(N) SOLICITADO ESTA ASISTENCIA RECIENTEMENTE?	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó «Sí», ¿quién? _____	
NÚMERO DE CASO _____	

SECCIÓN 2: VIVIENDA – MARQUE (✓) SÓLO UN CASILLERO**PROPIETARIO DE VIVIENDA**

- Unifamiliar o trailer / casa rodante
 Multifamiliar; número de unidades _____
 Propietario de Co-op / Condominio
 Dominio Vitalicio / Uso

OTRO

- Vivo con otra persona y compartimos los gastos
 Pago por una habitación
 Pago por habitación y pensión
 En hotel / motel permanente
 Otro arreglo de vivienda _____

INQUILINO

- Casa privada, apartamento o trailer / casa rodante

ALQUILER SUBSIDIADO

- Vivienda privada subsidiada
 Proyectos de vivienda pública o vivienda para personas de la tercera edad
 Vivienda pública subsidiada

- ¿Recibe usted subsidio de servicios públicos de la Oficina de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, siglas en inglés)?
 No Sí Si contestó «Sí», cuánto paga \$ _____

MI PAGO MENSUAL DE ALQUILER O HIPOTECA ES: \$ _____ NINGUNO

DE SER PERTINENTE, EL EDIFICIO DE APARTAMENTOS O PROYECTO EN EL QUE VIVO SE LLAMA: _____

¿RECIBE USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS DE SU GRUPO FAMILIAR UNA EXENCIÓN POR AUMENTO DE ALQUILER PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD (SCRIE)? Sí No

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE CALEFACCIÓN Y SERVICIOS PÚBLICOS

1. ¿PAGA LA CALEFACCIÓN POR SEPARADO? No Sí - Suministre la información solicitada a continuación

Mi fuente principal de calefacción es:

- Gas natural Fuel Oil PSC Electric Carbón o maíz
 Leña / Briqueta Kerosén Propano o gas de garrafa Municipal Electric

Mi tanque de combustible es: Tanque individual Tanque con contador

¿Está la factura de calefacción a su nombre? No Sí

Si eligió «No», la factura está a nombre de: _____ Parentesco con usted: _____

¿Es usted la persona principal responsable de pagar la factura? No Sí

Su número de cuenta de calefacción es:

Marque este casillero si es la cuenta del arrendador

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

El nombre de mi compañía de servicios de calefacción es: _____

DIRECCIÓN (CALLE)

CIUDAD / PUEBLO

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

2. ¿PAGA POR SEPARADO LA FACTURA DE ELECTRICIDAD DE OTROS SERVICIOS PÚBLICOS QUE NO SEA CALEFACCIÓN? No

Sí - Suministre la información solicitada a continuación

Si contestó «Sí» ¿Está la factura de electricidad a su nombre? NO Sí Si eligió «No», la factura está a nombre de: _____

Nº de cuenta con la compañía de servicios de electricidad (si tiene una):

Marque este casillero si es la cuenta del arrendador

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

El nombre de mi compañía de servicios públicos es: _____

¿Funciona la caldera a base de electricidad? No Sí

¿Funciona el termostato de su apartamento a base de electricidad? No Sí

3. ¿LA CALEFACCIÓN Y LOS SERVICIOS DE ELECTRICIDAD ESTÁN INCLUIDOS EN EL ALQUILER? No Sí

SECCIÓN 4: INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

INFORME TODO TIPO DE INGRESO QUE RECIBE **CADA MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR**. TODO MONTO DEBE ESTAR INDICADO COMO **INGRESO BRUTO MENSUAL** ANTES DE LAS DEDUCCIONES. AGREGUE PÁGINAS ADICIONALES DE SER NECESARIO.

MARQUE SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA (✓)	TIPO DE INGRESO	¿SÍ? INDIQUE EL MONTO	INFORMACIÓN ADICIONAL	¿QUIÉN LO RECIBE?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	MONTO DE SEGURO SOCIAL ANTES DE MEDICARE PARTE B Y D	MONTO BRUTO MENSUAL \$	Indique cuánto paga por: Medicare Parte B: Medicare Parte D:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	MONTO DE SEGURO SOCIAL POR INCAPACIDAD ANTES DE MEDICARE PARTE B Y D	MONTO BRUTO MENSUAL \$	Indique cuánto paga por: Medicare Parte B: Medicare Parte D:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI)	MONTO BRUTO MENSUAL \$		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	SALARIO SOMETA TALONES DE CHEQUES SALARIALES DE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS . Nota: Montos semanales en bruto se multiplican por 4.333333 para calcular el monto mensual. Montos quincenales en bruto se multiplican por 2.166666 para calcular el monto mensual.	<input type="checkbox"/> SEMANAL \$ <input type="checkbox"/> QUINCENAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUAL \$ <input type="checkbox"/> BIMENSUAL	Empleador	
		<input type="checkbox"/> SEMANAL \$ <input type="checkbox"/> QUINCENAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUAL \$ <input type="checkbox"/> BIMENSUAL	Empleador	
		<input type="checkbox"/> SEMANAL \$ <input type="checkbox"/> QUINCENAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUAL \$ <input type="checkbox"/> BIMENSUAL	Empleador	
		<input type="checkbox"/> SEMANAL \$ <input type="checkbox"/> QUINCENAL \$ <input type="checkbox"/> MENSUAL \$ <input type="checkbox"/> BIMENSUAL	Empleador	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	PENSIÓN / JUBILACIÓN privada y/o gubernamental	MONTO BRUTO MENSUAL \$	Fuente de la pensión	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	BENEFICIOS PARA VETERANOS	MONTO BRUTO MENSUAL \$		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	INCAPACIDAD, privada o del Estado de Nueva York	MONTO BRUTO SEMANAL \$	Fuente	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	CONTRIBUCIÓN de alguien que no pertenece al grupo familiar	MONTO BRUTO MENSUAL \$	Nombre de quien contribuye	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	SUSTENTO DE MENORES	MONTO BRUTO SEMANAL \$	Fuente	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	PENSIÓN ALIMENTICIA/PENSIÓN CONYUGAL, inclusive pagos de hipoteca, facturas de servicios públicos, etc.	MONTO BRUTO MENSUAL \$	Fuente	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	INGRESOS POR ALQUILER de apartamento, garaje, terreno, etc.	MONTO BRUTO MENSUAL \$	Tipo de alquiler	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	HABITACIÓN / HOSPEDAJE (recibido) etc.	MONTO BRUTO MENSUAL \$	Nombre del inquilino / huésped	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	COMPENSACIÓN LABORAL	MONTO BRUTO SEMANAL \$		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	SUBSIDIO POR DESEMPLEO	MONTO BRUTO SEMANAL \$	Fecha de inicio:	
			Fecha que finaliza:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Ingresos por intereses sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, acciones, bonos, valores. IRA, anualidades y contribuciones a la 401 K	INGRESE LOS DATOS EN LA PÁGINA SIGUIENTE		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿RECIBE INGRESOS DE ALGUNA OTRA FUENTE? ADJUNTE EXPLICACIÓN	MONTO \$	Fuente	¿QUIÉN LO RECIBE?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	INGRESOS POR TRABAJO DE CUENTA PROPIA _____ TIPO DE NEGOCIO _____ Si la respuesta es «Sí», puede elegir que el ingreso de trabajo por cuenta propia se calcule basándose en la planilla federal de impuestos registrada para el año en curso o año anterior si es que usted todavía no ha registrado una declaración federal de impuestos para el año en curso, inclusive todos los anexos pertinentes; o basándose en los tres (3) meses previos a la solicitud. Escoja un método: <input type="checkbox"/> Declaración federal de impuestos registrada <input type="checkbox"/> Tres meses			

¿ALGÚN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR, QUE TIENE O ES MAYOR DE 18 AÑOS, **NO** RECIBE INGRESOS DE NINGUNA FUENTE?

No Sí, nombre de los miembros del grupo familiar que no reciben ingresos:

¿HAY ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS O DE ESCUELA SECUNDARIA A TIEMPO COMPLETO Y DEPENDIENTES ENTRE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR?

No Sí, ¿Quién?

INGRESOS DE INTERESES Y DIVIDENDOS

INCLUYA CADA CUENTA POR SEPARADO. AGREGUE PÁGINAS ADICIONALES DE SER NECESARIO.	INCLUYA EL MONTO RECIBIDO DURANTE LOS 12 MESES PREVIOS AL MES DE LA SOLICITUD	FUENTE
INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco
INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco
INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco
INTERESES sobre cuentas de ahorro, corriente, certificados de depósito, mercado monetario, etc.	MONTO ANUAL \$	Nombre del banco
DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos
DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos
DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos
DIVIDENDOS provenientes de acciones, bonos, valores, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de los dividendos
DISTRIBUCIONES provenientes de IRA, 401K, anualidades, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de las distribuciones
DISTRIBUCIONES provenientes de IRA, 401K, anualidades, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de las distribuciones
DISTRIBUCIONES provenientes de IRA, 401K, anualidades, etc.	MONTO ANUAL \$	Fuente de las distribuciones

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted puede designar a alguien familiarizado con las circunstancias de su hogar para que sea su representante autorizado. Un representante autorizado puede: rellenar y registrar la solicitud HEAP; comunicarse directamente con la agencia y hablar con el trabajador social; tener acceso a datos sobre habilitación según aplican a su caso en particular; rellenar todo formulario en su nombre; suministrar documentación; apelar decisiones tomadas por la agencia. Siempre necesitará firmar esta solicitud. La designación de representante autorizado permanece vigente por el término de la temporada de HEAP, a no ser que usted la revoque. Cada temporada de HEAP se le preguntará si desea designar un representante autorizado.

Deseo designar un representante autorizado. No Sí - Suministre la información solicitada a continuación

Nombre del representante autorizado:

Dirección y número de teléfono:

FIRME LA SOLICITUD EN LA PÁGINA 5

SECCIÓN 5: AVISOS IMPORTANTES

AVISO IMPORTANTE

SEPA QUE EXISTE UN MONTO LIMITADO DE FONDOS DESTINADO AL PROGRAMA HEAP. UNA VEZ AGOTADOS LOS FONDOS, NO SE EMITIRÁN MÁS SUBSIDIOS. POR LO TANTO, LE ACONSEJAMOS QUE RELLENE Y DEVUELVA SU SOLICITUD CUANTO ANTES.

LEY DE PRIVACIDAD PERSONAL – NOTIFICACIÓN AL CLIENTE

La Ley Estatal de Protección a la Privacidad Personal, que entró en vigencia el 1^{ERO} de septiembre de 1984, establece que debemos mantenerlo al tanto de lo que el Estado hará con la información que nos proporcione con respecto a usted y a su familia. Esos datos se utilizan para averiguar si usted reúne las condiciones necesarias para participar en el programa de Subsidio de Energía para el Hogar, y de ser así, para qué monto. La Sección 21 de la Ley de Servicios Sociales nos concede el derecho de obtener información acerca de su persona. Con el fin de asegurarnos de que reciba toda la asistencia a la que, por ley, usted y su familia tienen derecho, verificamos con otras fuentes de información los datos que usted nos proporciona. Por ejemplo:

- Se podrá verificar si usted o los miembros del grupo familiar estaban trabajando. Lo hacemos enviando su nombre y número de seguro social al Departamento Estatal de Impuestos y Finanzas, como también a empleadores de los que se tenga conocimiento, con motivo de saber si usted trabajó y cuánto ganó.
- Podemos solicitar al Estado que consulte con la División de Seguro por Desempleo para saber si usted o algún miembro de su grupo familiar recibió un subsidio por desempleo.
- Podemos consultar con los bancos para que se nos haga conocimiento de todo ingreso que usted o los miembros del grupo familiar hayan recibido.

Además de utilizar los datos para los fines antes descritos, el Estado también usa dichos datos para análisis estadísticos sobre beneficiarios de Subsidio de Energía para el Hogar. Esta información se usa con fines de planeamiento y administración de programas. El Estado también la usa para realizar controles de calidad, con el objeto de asegurarse de que los distritos locales están haciendo su trabajo de la mejor manera posible. Se usa para verificar su suministrador de servicios energéticos y con motivo de remitir pagos a dichos suministradores. Si usted no nos proporciona la información que necesitamos, ello puede obstaculizar las averiguaciones que hacemos con motivo de determinar si reúne las condiciones para recibir asistencia, y nos obligará a rechazar su solicitud. La presente información se conserva en la oficina del Comisionado de *Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001*. No envíe su solicitud a esa dirección. Si usted o un miembro de su grupo familiar no posee un número de seguro social, deben solicitar uno ante la Oficina Estadounidense del Seguro Social.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE

Yo juro o declaro que los datos que he suministrado en la presente solicitud o que suministraré en entrevistas telefónicas posteriores, son verdaderos y exactos. Estoy consciente de que toda afirmación falsa o distorsión que yo haga deliberadamente en conexión con esta solicitud y peticiones posteriores de asistencia HEAP, puede causar que se me declare inhabilitado para la asistencia que yo reciba directamente o que se pague a terceros en representación de mi persona. Además, toda afirmación falsa o distorsión que yo haga deliberadamente con el propósito de obtener asistencia de este programa, puede ocasionar que se inicien acciones legales en mi contra, corriendo el riesgo de que se me impongan sanciones civiles o penales.

CONSENTIMIENTO

Entiendo que, al firmar esta solicitud / certificación, doy mi consentimiento para que toda agencia gubernamental autorizada lleve a cabo toda investigación necesaria para verificar o confirmar la información que he proporcionado en conexión con la solicitud de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Además, doy mi consentimiento para que los datos suministrados en conexión con esta solicitud se usen para derivaciones al Programa de Asistencia con Gastos de Climatización y los programas de asistencia para beneficiarios de bajos ingresos de mi suministrador de servicios públicos.

Entiendo que el Estado usará mi número de Seguro Social con motivo de verificar con los suministradores de servicios públicos el recibo del subsidio HEAP. Esta autorización también otorga permiso a los contratistas de servicios públicos (incluyendo mi servicio) a revelar ciertos datos estadísticos, entre ellos, aunque sin carácter limitativo: mi consumo anual de electricidad, el costo de la electricidad, consumo de combustible, tipo de combustible, costo anual de combustible e historial de pagos. Dichos datos se revelarán a la oficina estatal (Office of Temporary and Disability Assistance) y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos con el fin de llevar a cabo estudios relativos al Programa de Subsidio de Energía para el Hogar para Beneficiarios de Bajos Recursos (LIHEAP).

SI DESEA RECIBIR EL SUBSIDIO HEAP, SE TIENEN QUE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS Y LA SOLICITUD DEBE FIRMARSE Y FECHARSE A CONTINUACIÓN.

FIRME AQUÍ:

X

FECHA DE LA FIRMA

DE SER PERTINENTE, NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE AYUDÓ:

NÚMERO DE TELÉFONO:

SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA

APPLICATION TYPE: Full Documentation Simplified

Vendor	Account Number	Vendor Code	Vendor Relationship: <input type="checkbox"/> Current Bill/Vendor Statement <input type="checkbox"/> Collateral Contact
--------	----------------	-------------	--

IDENTITY OF HOUSEHOLD MEMBERS

LN	HOUSEHOLD MEMBER'S NAME	DOCUMENTATION
01		
02		
03		
04		
05		
06		

IS ANYONE IN THE HOUSEHOLD VULNERABLE? Under the age of 6 Age 60 or older Permanently Disabled
 Who _____ Documentation _____

RESIDENCE – CHECK TYPE OF DOCUMENTATION OBTAINED

Current Rent Receipt w/Name & Address Water, Sewage, or Tax Bill Mortgage Payment Book/Receipts w/Address Deed
 Homeowner's/Renter's Insurance Policy Copy of Lease w/Address Utility Bill Other _____

INCOME DOCUMENTATION/CALCULATION

Categorically Eligible: TA SNAP Code A SSI

Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. SHOW ALL CALCULATIONS

REGULAR BENEFIT (EMERGENCY USE PART B)

Gross Bi-Weekly Income x 2.166666
Gross Weekly Income x 4.333333

SEPARATE HEAT (check one)

- Oil Kerosene
- LP Gas Natural Gas
- Wood Wood Pellets
- Coal/Corn PSC Electric
- Municipal Electric

HEAT INCLUDED IN RENT

- Payment to Household
- Payment to Utility

TOTAL INCOME \$

Benefit \$ _____

Application compared to previous information
 No prior application No Changes WMS Inquiry Changes verified How: _____

<input type="checkbox"/> Pended	START: _____	END: _____	<input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> DENIED
---------------------------------	--------------	------------	---

CERTIFYING AGENCY

WORKER'S SIGNATURE/DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE/DATE

CONSENTIMIENTO PARA RETIRO DE SOLICITUD:

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE RETIRE MI SOLICITUD FIRME AQUÍ _____

ENTIENDO QUE PUEDO VOLVER A SOLICITAR EL SUBSIDIO HEAP CUANDO SE REINICIE EL PERIODO DE ACEPTACIÓN DE ESTAS SOLICITUDES.

SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA

NOTES AND INCOME CALCULATION WORKSHEET

FEDERAL REPORTING STATUS OF HOME ENERGY SERVICE

THE HOUSEHOLD HAS ONE OR MORE OF THE FOLLOWING - CHECK ALL THAT APPLY

- A disconnect notice. Company Name: _____
- Disconnection from service. Company Name: _____
- Less than ¼ tank of fuel. Company Name: _____
- Less than a 10 day supply of fuel. Company Name: _____
- Out of fuel. Company Name: _____
- A non-working furnace/boiler/heat system that needs replacement
- Electricity as supplemented heating fuel.
- Wood as supplemental heating fuel.
- Other supplemental heating fuel.
- Central air conditioning.
- A window or wall air conditioner.

PROGRAMA DE SUBSIDIO DE ENERGÍA PARA EL HOGAR DEL ESTADO DE NUEVA YORK
(HEAP)

INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO LLENAR LA SOLICITUD

Si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave y necesita esta solicitud en otro formato, lo puede solicitar de su distrito de servicios sociales (SSD, por sus siglas en inglés). Se ofrecen los siguientes formatos:

- Letra impresa grande;
- Formato de datos (archivo electrónico accesible por lector de pantalla);
- Formato en audio (una transcripción en audio de las instrucciones o preguntas sobre la solicitud); y
- En Braille, si usted determina que ninguno de los otros formatos le serán de igual utilidad a usted.

Las solicitudes y las instrucciones también las puede descargar en letra grande, formato de datos y formato audio en www.otda.ny.gov. Tenga en cuenta que las solicitudes se pueden obtener en formato audio y Braille exclusivamente para propósitos informativos. Si desea hacer una solicitud, usted debe someter una solicitud por escrito, en un formato no alternativo.

Si padece de una incapacidad que no le permite llenar esta solicitud y/o esperar a ser entrevistado, favor de comunicárselo a su oficina de SSD. La oficina de SSD hará todo lo posible para acomodar su situación.

Si necesita otras modificaciones o necesita otro tipo de ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con su oficina de SSD. Nuestro compromiso es prestarle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE FECHAS DEL PROGRAMA

Los beneficios de HEAP solamente están disponibles cuando el programa está abierto. Las fechas de apertura y cierre del programa se determinan para cada programa del año. Las fechas para comenzar a solicitar el componente del beneficio regular y el componente del beneficio de emergencia pueden ser diferentes. Si desea información sobre las fechas de apertura y cierre del programa de este año, visite el sitio web de OTDA en <http://www.otda.ny.gov> o llame gratis al 1-800-342-3009.

OTROS FORMATOS: Marque «SÍ» o «NO» para indicar si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave, o no, y le gustaría recibir notificaciones en un formato diferente. Si contestó «SÍ», marque el tipo de formato que desea. Los formatos alternos están disponibles en letra grande, CD de datos, CD audio, o en Braille si usted determina que ninguno de los otros formatos le serán de igual utilidad a usted. Si necesita otras modificaciones o necesita otro tipo de ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con su oficina de SSD.

INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO LLENAR LA SOLICITUD:

Rellene todas las áreas no sombreadas y conteste todas las preguntas.

¿Quién debe rellenar y firmar la solicitud?

La solicitud debe rellenarla la persona principal que tiene la responsabilidad de pagar la factura de calefacción; o si la calefacción está incluida en el alquiler, el inquilino principal debe hacerlo.

¿Qué dirección debo suministrar?

Usted tiene que suministrar su dirección actual. Tiene que ser el domicilio permanente y su residencia principal.

¿Por qué necesita mi número de teléfono durante el día?

Es importante tener disponible un número de teléfono donde se le pueda localizar. Esto ayudaría a procesar la solicitud a tiempo en caso de requerirse información adicional.

¿Necesitaré una entrevista?

Es probable que a algunos solicitantes se les exija una entrevista. Tiene la opción de presentar la entrevista por teléfono o en persona. Sírvase indicar en el casillero en la página uno cómo prefiere la entrevista. El hecho de rellenar esta sección no quiere decir que a usted se le exigirá una entrevista.

¿A quiénes debo incluir como miembros del grupo familiar?

Haga una lista de todas las personas que viven en su casa, inclusive aquellas personas con las que no comparte ningún parentesco con usted o que no contribuyen económicamente con los gastos del hogar. Posiblemente se le exija someter comprobante de identidad de cada miembro del grupo familiar. Escriba su información personal en la línea 1. Si vive solo(a), escriba "ninguno" en la línea 2.

Datos sobre la ciudadanía estadounidense / extranjería

Para poder recibir el subsidio de HEAP usted debe ser ciudadano estadounidense o extranjero con estado migratorio aprobado o nacional no ciudadano estadounidense. Si desea información adicional sobre qué significa extranjero con estado migratorio aprobado o nacional no ciudadano, sírvase comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (OTDA por sus siglas en inglés) al 1-800-342-3009 o visite el sitio web de OTDA en <http://www.otda.ny.gov>.

¿Por qué tengo que suministrar el número de seguro social de todos los miembros del grupo familiar?

Todos los miembros del grupo familiar deben tener un número de seguro social. La información suministrada se verifica con los datos de la Administración del Seguro Social. Si alguno de los miembros del grupo familiar no tiene un número de seguro social pero ha solicitado uno, escriba «solicitado» en la casilla que lee Seguro Social. Si deja este espacio en blanco para alguno de los miembros del grupo familiar, no se procesará su solicitud y quedará pendiente en espera de más datos. Esta información también se puede utilizar para llevar a cabo cruce de datos con otras agencias estatales y federales con motivo de verificar que su grupo familiar reúne los requisitos de HEAP.

Datos sobre Vivienda

Marque el casillero con la opción que mejor refleje su situación de vivienda.

Calefacción

Asegúrese de contestar las (3) preguntas solicitadas.

¿Cómo relleno la sección de ingresos? ¿Necesitaré suministrar comprobantes?

Haga una lista de TODOS los ingresos de cada miembro del grupo familiar. Todo monto debe ingresarse como ingreso en bruto antes de las deducciones. Las deducciones a incluir son: impuestos sobre ingresos, sustento de menores, embargos, seguro de salud y cuotas sindicales. Usted tiene que someter documentación con información de todo ingreso devengado, inclusive trabajo por cuenta propia e ingresos por alquiler. Es probable que se le pida comprobante de otros ingresos. Vea la página 5 de las instrucciones de la solicitud para informarse sobre los tipos específicos de documentación que se aceptan. No suministre documentos originales porque no se los devolveremos. El requisito de habilitación se basa en el ingreso bruto mensual del hogar del mes en el que se somete la solicitud.

Ingrese el monto del Seguro Social antes de las deducciones de Medicare. Ingrese por separado los montos que paga por Medicare Parte B y D. Los montos que paga por Medicare Parte B y D no se cuentan como ingresos.

Ingrese solamente los montos de intereses y dividendos de cuentas bancarias, certificados de depósito, acciones, bonos u otros ingresos de inversión. Liste cada cuenta por separado. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales. Ingrese el monto recibido de los últimos doce (12) meses previos al mes de la solicitud.

¿Qué quiere decir Representante Autorizado?

Un representante autorizado es una persona que puede actuar como su representante para los propósitos establecidos en la solicitud de HEAP. La condición de representante autorizado permanece vigente solamente para el programa en curso, y usted puede revocarla en cualquier momento durante ese programa, para ello debe someter una declaración en la oficina local del departamento de servicios sociales. Dado que esa persona suministrará información en su nombre, esa persona debería ser alguien familiarizado con las circunstancias de su hogar.

Cerciórese que FIRMA y fecha la solicitud. La solicitud debe estar firmada por la persona que aparece como titular en la cuenta de servicios de calefacción o por la persona responsable de pagar la factura si está a nombre de otra persona. Si la calefacción está incluida en el alquiler, el inquilino principal debe rellenar y firmar la solicitud.

Registro de Votantes

Sírvase adjuntar el formulario de registro de votante con la solicitud. Rellene este formulario si usted no se ha registrado para votar y desea hacerlo. El hacerlo no afecta de ninguna manera su habilitación para recibir el subsidio del programa HEAP ni el monto del mismo.

¿QUÉ NECESITO PARA PODER SOLICITARLO?

Los nuevos solicitantes tendrán que someter los siguientes datos junto con la solicitud:

- Comprobante de identidad para cada integrante del grupo familiar
- Un número válido de seguro social para cada integrante del grupo familiar
- Comprobante de lugar de residencia
- Una factura de servicios públicos / combustible si usted paga por la calefacción o comprobante de que dichos gastos se incluyen en el alquiler
- Verificación de ingresos de todos los integrantes del grupo familiar

Vea la página 5 de las instrucciones de la solicitud para informarse sobre los tipos específicos de documentación que se aceptan. Además, todo nuevo solicitante tendrá que ser entrevistado; se le da la opción de elegir entre una entrevista por teléfono o una entrevista en persona. Sin embargo, si usted escoge una entrevista por teléfono, bríndenos el número de teléfono de su trabajo y la mejor hora que le podemos llamar para entrevistarle. Indique esa información en la Página 1 de la solicitud.

Toda solicitud de petición de reparación o reemplazo del equipo de calefacción debe hacerse en persona con la documentación completa.

DÓNDE SOLICITARLO:

Debe solicitarlo en el condado donde usted reside actualmente. Puede solicitarlo en persona o por correo mandando la solicitud a la dirección impresa en la parte superior de la solicitud o puede encontrar otros certificadores locales en el siguiente sitio web: <http://www.otda.ny.gov>.

MY BENEFITS

Puede solicitar HEAP en línea ingresando a <https://www.mybenefits.ny.gov> . Una vez usted su solicitud de HEAP, puede verificar el estado de su solicitud en línea ingresando a la cuenta protegida en <https://www.mybenefits.ny.gov> . Si su solicitud es aprobada también se le informa el monto del subsidio. Usted puede solicitar asistencia nutricional. Verifique si reúne los requisitos y solicite el subsidio SNAP en <https://www.mybenefits.ny.gov> Puede obtener información adicional sobre HEAP y otros programas de servicios humanos en <https://www.mybenefits.ny.gov>.

¿Cómo recibirá el pago del subsidio?

Si se aprueba su solicitud y usted paga las facturas de calefacción, su pago se enviará al suministrador de servicios de calefacción. En la carta de habilitación se le indicará el nombre del suministrador. Si el nombre del suministrador que se le proporcionó es incorrecto, notifíquesele inmediatamente a la oficina de servicios sociales de su distrito. En algunos casos, el subsidio al que usted tenga derecho se pagará a la compañía de servicios de electricidad si la calefacción está incluida en su alquiler. La notificación que reciba le indicará el monto del subsidio, cómo se le pagará y cómo fue calculado.

El suministrador de servicios no hará entregas hasta que reciba el pago o hasta que reciba instrucciones del departamento local de servicios sociales. Los subsidios no se pueden aplicar a distribuciones previas de combustible por entregas. Si necesita combustible antes de que el suministrador haya recibido la notificación o pago, usted tiene que comunicarse con la oficina local del departamento de servicios sociales.

El subsidio HEAP se da una vez al año como suplemento a los gastos de costos energéticos y no se supone que reemplace sus pagos personales. Usted debe continuar pagando sus facturas de servicios energéticos.

¿Qué es una emergencia de HEAP?

- Usted no tiene combustible o tiene menos de un ¼ de tanque de aceite, kerosén o gas propano o un suministro para menos de diez (10) días de suministro de combustible para calefacción.
- Su servicio de calefacción a gas natural o electricidad ha sido desconectado o se ha programado una fecha de desconexión.
- El equipo de calefacción del solicitante está fuera de servicio.

¿QUÉ HAGO SI TENGO UNA EMERGENCIA?

El subsidio HEAP le puede ayudar con las siguientes emergencias:

- Usted no tiene combustible o tiene menos de un ¼ de tanque de aceite, kerosén o gas propano o un suministro para menos de diez (10) días de suministro de combustible para calefacción.
- Su servicio de calefacción a gas natural o electricidad ha sido desconectado o se ha programado una fecha de desconexión.
- El equipo de calefacción del solicitante está fuera de servicio.

Si usted tiene una emergencia de calefacción y ha solicitado el subsidio regular pero todavía no lo ha recibido, le sugerimos comunicarse con el departamento local de servicios sociales una vez que el programa haya comenzado. Siempre y cuando sea posible, se utiliza el subsidio regular de HEAP primero para resolver la emergencia.

NO ESPERE A QUE SE LE ACABE EL COMBUSTIBLE DE CALEFACCIÓN O A QUE LE DESCONECTEN EL SERVICIO DE GAS O ELECTRICIDAD PARA SOLICITAR ASISTENCIA. SI SE LE DESCONECTA SU SERVICIO, LA COMPAÑÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO ESTÁ OBLIGADA A RESTAURARLO AUNQUE USTED REÚNA LOS REQUISITOS PARA RECIBIR EL SUBSIDIO DE HEAP.

AUDIENCIAS IMPARCIALES

Usted tiene ciertos derechos cuando registra una solicitud de HEAP. Usted tiene derecho a que se le notifique si su solicitud ha sido aprobada o rechazada, dentro de treinta (30) días laborales, contados a partir de la fecha en que el certificador del programa HEAP recibe su solicitud debidamente rellena y firmada.

El lapso de tiempo para procesar las solicitudes no comenzará hasta que se abra el programa, si bien usted quizás haya recibido la solicitud antes de la fecha de apertura del programa como parte de nuestra campaña de información. Usted tiene el derecho de solicitar una conferencia o una audiencia imparcial, si ya transcurrieron más de treinta (30) días laborales desde la fecha que el certificador del programa HEAP recibió su solicitud debidamente rellena y firmada (o ya transcurrieron más de treinta días laborales desde la fecha de apertura del programa si el certificador recibió su solicitud antes de la fecha de apertura del programa) y a usted todavía no se le ha notificado de la decisión tomada.

Si desea solicitar una conferencia, hágalo lo más pronto posible. Si en la conferencia nos percatamos que nuestra decisión es incorrecta; o si según los datos que usted nos brinde, decidimos modificar la decisión tomada, tomaremos la medida correctiva.

Si desea solicitar una conferencia, comuníquese con su [departamento local de servicios sociales](#). Este proceso es solamente para solicitar una conferencia. No es la manera de solicitar una audiencia imparcial. Si solicita una conferencia o sostiene una, también tendrá derecho a una audiencia imparcial.

La publicación de manuales y políticas de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (OTDA, siglas en inglés) aparecen en el sitio web de la OTDA en otda.ny.gov/legal. Estas publicaciones y manuales están a su disposición o la disposición de su representante con el fin de ayudarle a determinar si debería o no solicitar una audiencia imparcial o con el fin de ayudarle a prepararse para una audiencia imparcial. Además, si lo solicita de su oficina de servicios sociales de distrito, publicaciones específicas de OTDA sobre políticas y manuales también estarán a su disposición o a la disposición de su representante con el fin de asistirle.

Puede solicitar una audiencia imparcial de cualquier zona del estado de Nueva York haciéndolo por teléfono, por fax, por internet o por escrito a la dirección que aparece a continuación.

Teléfono: El número gratis a nivel estatal es el 800-342-3334. Tenga a mano la notificación, si tiene una, cuando llame.

Fax: la petición de Audiencia imparcial a: 518-473-6735

Internet: Llene la solicitud en línea en <http://www.otda.ny.gov/oah/>

Por escrito: En cuanto a las notificaciones, llene el espacio en blanco y envíe una copia de la notificación, o escriba a:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

Si solicita una audiencia imparcial, el Estado de Nueva York le enviará una notificación informándole dónde y cuándo se llevará a cabo la audiencia. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo(a) u otra persona, o de representarse a sí mismo(a). En la audiencia, su abogado o representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué no se debe tomar la medida, como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca en la audiencia. Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que avalen su caso. Le sugerimos traer consigo a la audiencia toda documentación que le ayude a apoyar su caso.

Si necesita asesoría legal gratuita, puede obtenerla llamando al número local de la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal. Puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal en las Páginas Amarillas del directorio telefónico, bajo «Lawyers» (abogados).

Usted tiene el derecho de examinar el archivo de su caso. Si usted lo solicita, usted tiene el derecho a que se le den copias gratis de los documentos probatorios que presentará el departamento local de servicios sociales en la audiencia imparcial. Además, si usted lo solicita, usted tiene derecho a que se le suministren copias gratis de otros documentos contenidos en el archivo de su caso y que usted considere necesarios para la audiencia. Si desea solicitar dichos documentos o averiguar la modalidad a seguir para examinar su caso, comuníquese con el [departamento local de servicios sociales](#)

Si desea hablar con alguien que hable español, comuníquese con la línea directa de información de OTDA del Estado de Nueva York al 1-800-342-3009.

OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES USTED PUEDE REUNIR LOS REQUISITOS

ASISTENCIA CON GASTOS DE CLIMATIZACIÓN

Además, usted puede recibir asistencia con cuestiones de climatización de los programas de Renovación Comunitaria de Viviendas del Estado de Nueva York (New York State Homes and Community Renewal, HCR) o de la Administración para el Desarrollo y la Investigación de Energía del Estado de Nueva York (New York State Energy Research and Development Authority, NYSERDA). Puede encontrar una lista de contactos de sub-beneficiarios en: <http://nysdhcr.gov/Programs/WeatherizationAssistance/>. Si desea más información sobre los servicios de energía de la Administración para el Desarrollo y la Investigación de Energía del Estado de Nueva York (NYSERDA, siglas en inglés), visite <http://www.nyserda.ny.gov>. Su firma en la solicitud de HEAP nos permitirá remitirlo en su nombre al programa de asistencia con cuestiones de climatización e intercambiar información con el programa.

PROGRAMA DE SERVICIOS PÚBLICOS PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS

Además, podrá inscribirse en el programa de su compañía de servicios públicos para personas de bajos ingresos. Su firma en la solicitud de HEAP nos permitirá remitirlo en su nombre a su compañía de servicios públicos.

DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE**DOMICILIO (donde usted vive actualmente)**

- Recibo actual de alquiler con nombre y domicilio de inquilino y arrendador o contrato de arrendamiento con nombre y domicilio
- Factura de agua, aguas negras o impuestos
- Póliza de seguro de arrendatario / vivienda propia
- Factura de servicios públicos
- Libreta de pagos de hipoteca / recibos con domicilio

IDENTIDAD

Debe suministrar uno o más de los siguientes comprobantes por cada miembro del grupo familiar:

- Licencia de conductor
- Identificación con fotografía
- Certificado de naturalización o pasaporte estadounidense
- Partida de nacimiento o fe de Bautismo*
- Número válido de Seguro Social*
- Documentos de adopción
- Expedientes de hospital o doctor
- Expedientes escolares
- Cara de otra persona*

***Se requieren dos comprobantes.**

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Debe suministrar un número válido de Seguro Social por cada miembro del grupo familiar. Si usted o un miembro de su grupo familiar no tiene un número de Seguro Social, se debe solicitar uno en la Oficina de la Administración del Seguro Social.

VULNERABILIDAD

Deberá suministrar uno de los siguientes comprobantes por cada miembro vulnerable del grupo familiar (todo niño menor de 6 años de edad; adultos mayores de 60 años de edad o toda persona con una incapacidad):

- Partida de nacimiento
- Fe de bautismo con fecha de nacimiento
- Carta de adjudicación de beneficios
- Pasaporte
- Licencia de conductor
- Constancia por escrito de habilitación para recibir subsidios

FACTURAS DE CALEFACCIÓN

Si paga facturas de combustible o de servicios públicos, traiga consigo la factura más reciente de servicios públicos o de combustible o un estado de cuenta del suministrador de servicios.

Si usted no paga las facturas de calefacción, traiga un recibo reciente de alquiler con nombre y domicilio del inquilino y arrendador; contrato de arrendamiento con nombre y domicilio; o una carta del arrendador donde hace constar que la calefacción está incluida en el alquiler.

INGRESOS

- Talones de pagos salariales de las últimas cuatro (4) semanas
- Si trabaja por cuenta propia, registros financieros del negocio de los últimos tres (3) meses o planilla de impuestos federales del año en curso, incluidos los anexos pertinentes.
- Ingreso de alquiler / gastos de los últimos 3 meses
- Sustento de menores o pensión conyugal
- Estados de cuenta de intereses / banco / dividendos o impuestos
- Carta del inquilino / pensionista

COPIA DE LA CARTA DE ADJUDICACIÓN DE BENEFICIOS O CORRESPONDENCIA OFICIAL DE:

- Seguro Social / Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Beneficios para veteranos
- Pensiones
- Indemnización laboral / Incapacidad
- Verificación del monto de beneficio de seguro por desempleo
- Asignaciones y préstamos educativos

RECURSOS (solamente para las solicitudes de beneficios de emergencia)

- Dinero en efectivo
- Acciones / bonos
- Saldo de cuentas corrientes, de ahorros o certificados de depósito
- Anualidad
- Cuentas IRA
- Suma global por venta de bienes o indemnización única de un seguro

Las solicitudes de subvenciones para reparaciones o reemplazo de equipo de calefacción deberán presentar documentación adicional. Si usted está solicitando una de esas subvenciones, le daremos una lista por separado de la documentación que necesita suministrar.

Formulario de inscripción de votante en una agencia del estado de Nueva York

"Si no está inscrito para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría inscribirse para votar aquí hoy?"

- SÍ** Si marcó **SÍ**, llene la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE** a continuación
- NO** porque opté por no registrarme **O**
- Ya estoy inscrito para votar en mi domicilio actual **O**
- Solicité y recibí un formulario de inscripción por correo

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no inscribirse para votar en este momento.

Firma

Fecha

Escriba su nombre en letra de molde

¡Importante!

Inscribirse o negarse a inscribirse para votar no afectará la ayuda que le dará esta agencia.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción de votante, lo ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Information in English: If you are interested in obtaining this form in English, call 1-800-367-8683

Rev. 2/2015

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE (instrucciones al dorso)

Si, necesito una solicitud para recibir una Boleta de votación por correo **Llene en letra de molde con tinta azul o negra** Si, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió NO , no llene este formulario		2	¿Tendrá 18 años cumplidos el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió NO , no llene este formulario a menos que cumpla 18 años antes de fin de año.		Para uso exclusivo de la Junta Electoral
	3	Apellido Título		Nombre Inicial del segundo nombre		
4	Domicilio particular donde vive (no un P.O. Box)		Apt. N.º	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal	Condado
5	Domicilio donde recibe el correo (si es diferente del anterior)		P.O. Box, Star Route, etc.	Oficina de correo	Código postal	
6	Fecha de nacimiento	7	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8	Teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)
10	Año en que votó por última vez	Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad)		9	Número de identificación (marque la casilla que corresponda y escriba su número)	
	En el condado/estado	Bajo el nombre (si es diferente de su nombre actual)			<input type="checkbox"/> Número de DMV del estado de Nueva York — — — — —	<input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social — — — —
11	Partido político		12		Declaración jurada: Juro o declaro que	
	Deseo afiliarme a un partido político					
<input type="checkbox"/> Partido Democrático <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido Verde <input type="checkbox"/> Partido de Familias Trabajadoras		<input type="checkbox"/> Partido de la Independencia <input type="checkbox"/> Partido de Igualdad de las Mujeres <input type="checkbox"/> Partido de la Reforma <input type="checkbox"/> Otros _____		<ul style="list-style-type: none"> Soy ciudadano de los Estados Unidos. Habré residido en el condado, ciudad o aldea por lo menos 30 días antes de las elecciones. Cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York. La firma o seña a continuación es de mi puño y letra. La información anterior es verdadera, y entiendo que en caso de no serlo, se me puede condenar y multar con hasta \$5,000 y/o encarcelar por hasta cuatro años. 		
No deseo afiliarme a ningún partido político <input type="checkbox"/> Ningún partido		Firma o seña en tinta		Fecha		

(Opcional) Inscribese para donar sus órganos o tejidos

Apellido		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Título
Domicilio		
Apt N.º	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Color de ojos	Estatura	pies pulg.

Con su firma a continuación, usted certifica que:

- Tiene 18 años o más;
- Otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- Autoriza a la Junta Electoral a entregar su nombre e información de identificación al DOH para inscribirse en el Registro;
- Y autoriza al DOH a permitir el acceso a esta información por organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, por bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y por hospitales en caso de que usted fallezca.



Firma

Fecha

Calificaciones para la inscripción

¡Importante!

Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre y/o domicilio, si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación.

Para inscribirse debe:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años al 31 de diciembre del año en el que presente este formulario (nota: debe tener 18 años en la fecha de las elecciones generales, primarias o de otro tipo en las que desee votar);
- ser residente del condado, o de la ciudad de Nueva York, al menos 30 días antes de las elecciones;
- no debe estar en prisión ni en libertad condicional (parole) por haber cometido un delito grave; y
- no debe reclamar el derecho a votar en otro lugar.

Si considera que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, con su derecho a decidir si inscribirse o a presentar la solicitud de inscripción para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede reclamar ante:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
Teléfono: 1-800-469-6872;

Los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema retransmisor del estado de Nueva York al 711; o visitar nuestro sitio web: www.elections.ny.gov

Su decisión de inscribirse será confidencial y solo se utilizará para inscribirlo como votante. Los que decidan no inscribirse para votar y/o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales, y se utilizarán exclusivamente a los fines de la inscripción como votante.

Verificación de identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número de DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor), o mediante los cuatro últimos dígitos de su número de su Seguro Social, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número de DMV o de Seguro Social, puede usar una identificación con foto válida, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancario, un cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y domicilio. Con este formulario puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

Para llenar este formulario:

Es delito procurar una inscripción falsa o dar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: Debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte Verificación de identidad más arriba.

Casilla 10: Si nunca ha votado, escriba "Ninguna". Si no puede recordar cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación (?). Si votó con un nombre diferente, anote ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

Casilla 11: Marque únicamente una casilla. La afiliación a un partido político es opcional, pero para poder votar en una elección primaria de un partido político, los votantes deben estar afiliados a ese partido político, salvo que las normas del partido indiquen otra cosa.