

# Solicitud de ayuda financiera para gastos de energía para hogares

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés)

## Cómo solicitar el LIHEAP

1. Complete la solicitud adjunta. Responda a todas las preguntas. Si su solicitud no está completa, se retrasará o se devolverá.
2. Envíe su solicitud completa y los documentos a la agencia LIHEAP del condado donde vive. Puede encontrar su agencia LIHEAP en el reverso de esta página.

## Cuándo solicitar LIHEAP - Asistencia de Energía (EA, por sus siglas en inglés)

- **Envíe su solicitud a partir del 1 de octubre de 2024 si:** Cualquier miembro de su grupo familiar tiene 60 años o más, o si algún miembro de su grupo familiar es discapacitado.
- **Envíe su solicitud a partir del 1 de noviembre de 2024 si:** En su grupo familiar no hay ninguna persona mayor de 60 años o discapacitada.
- El último día para solicitar la EA es el 31 de mayo de 2025.

## Cuándo solicitar LIHEAP - Programa de Intervención en Crisis Energéticas (ECIP, por sus siglas en inglés)

- Puede inscribirse en el ECIP de invierno desde el 1 de noviembre de 2024 hasta el 31 de mayo de 2025, para los grupos familiares de personas mayores/discapacitados, y desde el 1 de diciembre de 2024 hasta el 31 de mayo de 2025, para el resto de los grupos familiares.
- Todos los grupos familiares pueden inscribirse en el ECIP de verano desde el 1 de junio de 2025 hasta el 30 de septiembre de 2025.
- El ECIP exige que el grupo familiar proporcione un aviso de desconexión para el pago de la energía.

## Cómo inscribirse en el ECIP (Crisis)

- Si no ha recibido EA para este año, debe cumplimentar toda la solicitud.
- Si ha recibido EA entre el 1 de octubre de 2024 y el 31 de mayo de 2025 y no hay cambios, no necesita cumplimentar una nueva solicitud. Póngase en contacto con su agencia local.

## Después de enviar su solicitud

La agencia LIHEAP revisará su solicitud:

- La División de Apoyo a la Familia le notificará la aprobación, denegación o solicitud de información adicional.

## Importante:

- Siga pagando los servicios públicos a su compañía.
- Los beneficios dependen de la financiación disponible.
- 1 factura + 1 medidor = 1 grupo familiar

## DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

ASISTENCIA DE ENERGÍA (EA)		GRUPO FAMILIAR	INGRESOS MENSUALES
A continuación se indica el importe máximo que puede recibir su grupo familiar por una fuente de energía		<b>TAMAÑO</b>	<b>0 % - 60 % RENTA MEDIA ESTATAL (SMI, por sus siglas en inglés)</b>
Gas natural	\$326	1	2,751
Tanque Propano	\$495	2	3,598
Electricidad	\$318	3	4,445
Fuelóleo	\$326	4	5,291
Madera	\$219	5	6,138
Queroseno	\$153	6	6,984
Cilindro de Propano	\$177	7	7,143
<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS ENERGÉTICAS (ECIP)</b>			
Invierno	Hasta \$800 del 1 de noviembre al 31 de mayo <u>con un aviso de desconexión</u> para los pagos de energía	8	7,302
		9	7,461
Verano	Hasta \$300 del 1 de junio al 30 de septiembre <u>con un aviso de desconexión</u> para los pagos de energía	10	7,619
		Para los grupos familiares con más de 10 miembros, añade \$159 a los ingresos mensuales máximos por cada miembro adicional del grupo familiar.	

# Dónde enviar su solicitud de LIHEAP

*Consulte el condado en el que vive para encontrar su oficina local.*

## **Audrain, Boone, Callaway, Cole, Cooper, Howard, Moniteau, Osage**

Central Missouri Community Action (CMCA)  
800 N Providence Rd Ste 200  
Columbia, MO 65203-4300  
Número de teléfono: (573) 200-6655 Fax (573) 370-1212  
Sitio web: <https://cmca.us/get-help/energy-assistance/>

## **St. Louis County**

Community Action Agency of St. Louis County (CAASTLC)  
2709 Woodson Rd  
Overland, MO 63114-4817  
Número de teléfono: (314) 446-4420 Fax (314) 446-4480

## **Andrew, Buchanan, Clinton, DeKalb**

Community Action Partnership of Greater St. Joseph (CAPSTJOE)  
1322 N. 36th St.  
St. Joseph, MO 64506  
Número de teléfono: (816) 233-8281 Fax (816) 233-8262  
IVR: (816) 693-6868

## **Atchison, Gentry, Holt, Nodaway, Worth**

Community Services, Inc. of Northwest Missouri (CSI)  
PO Box 328  
Maryville, MO 64468-0328  
Número de teléfono: (660) 582-3113 Fax (660) 582-2965

## **Barton, Jasper, Newton, McDonald**

Economic Security Corporation of Southwest Area (ESC)  
302 S Joplin Ave  
Joplin, MO 64802-0207  
Número de teléfono: (417) 781-0352 Fax (417) 781-2011

## **Bollinger, Cape Girardeau, Iron, Madison, Perry, St. Francois, Ste. Genevieve, Washington**

East Missouri Action Agency (EMAA)  
403 Parkway Dr.  
Park Hills, MO 63601-0308  
Número de teléfono: (800) 392-8663 Fax (573) 431-7377

## **Dunklin, Mississippi, New Madrid, Pemiscot, Scott, Stoddard**

Delta Area Economic Opportunity Corporation (DAEOC)  
99 Skyview Rd  
Portageville, MO 63873-9180  
Número de teléfono: (573) 379-3851 Fax (573) 379-9139

## **Caldwell, Daviess, Grundy, Harrison, Linn, Livingston, Mercer, Putnam, Sullivan**

Green Hills Community Action Agency (GHCAA)  
1506 Oklahoma Ave  
Trenton, MO 64683-2587  
Número de teléfono: (660) 359-3907 Fax (660) 359-2038

## **City of St. Louis, Wellston**

Urban League (ULSTL)  
1408 N. Kingshighway Blvd.  
St. Louis, MO 63113  
Número de teléfono: (314) 615-3632 Fax (314) 615-3632

## **Jefferson, Franklin**

Jefferson-Franklin Community Action Corporation (JFCAC)  
PO Box 920  
Hillsboro, MO 63050-0920  
Número de teléfono: (636) 789-2686 Fax (636) 789-2866

## **Camden, Crawford, Gasconade, Laclede, Maries, Miller, Phelps, Pulaski**

Missouri Ozarks Community Action, Inc. (MOCA)  
PO Box 69  
Richland, MO 65556-0069  
Número de teléfono: (573) 765-3263 Fax (573) 232-1638

## **Carroll, Chariton, Johnson, Lafayette, Pettis, Ray, Saline**

Missouri Valley Community Action Agency (MVCAA)  
1415 S Odell Ave  
Marshall, MO 65340-3144  
Número de teléfono: (660) 886-7476 Fax (660) 831-5039

## **Lewis, Lincoln, Macon, Marion, Monroe, Montgomery, Pike, Ralls, Randolph, Shelby, St. Charles, Warren**

Northeast Community Action Corporation (NECAC)  
805 Business Highway 61 N  
Bowling Green, MO 63334-1351  
Número de teléfono: (573) 564-4002 Fax (573) 213-4858

## **Adair, Clark, Knox, Schuyler, Scotland**

Community Action Partnership Northeast Missouri (CAPNEMO)  
PO Box 966  
Kirksville, MO 63501-0966  
Número de teléfono: (660) 665-9855 Fax (660) 665-6557  
Correo electrónico: [LIHEAP@campnemo.org](mailto:LIHEAP@campnemo.org)

## **Douglas, Howell, Oregon, Ozark, Texas, Wright**

Ozark Action, Inc. (OAI)  
710 E Main St  
West Plains, MO 65775-3307  
Número de teléfono: (417) 256-6147 Fax (417) 256-0333

## **Barry, Christian, Dade, Dallas, Greene, Lawrence, Polk, Stone, Taney, Webster**

Ozarks Area Community Action Corporation (OACAC)  
215 S Barnes Ave  
Springfield, MO 65802-2204  
Número de teléfono: (417) 864-3460 Fax (417) 864-3472

## **Butler, Carter, Dent, Reynolds, Ripley, Shannon, Wayne**

South Central Missouri Community Action Agency (SCMCAA)  
PO Box 6  
Winona, MO 65588-0006  
Número de teléfono: (800) 325-4633 Fax (573) 325-4543

## **Jackson, Clay, Platte**

Mid America Assistance Coalition (MAAC)  
4001 Dr. Martin Luther King JR. DR., Suite  
270 Kansas City, MO 64130-2350  
Número de teléfono: (816) 768-8900 Fax (816) 768-8901

## **Bates, Benton, Cass, Cedar, Henry, Hickory, Morgan, St. Clair, Vernon**

West Central Missouri Community Action Agency (WCMCAA)  
112 W 4th Street  
Appleton City, MO 64724-1402  
Número de teléfono: (660) 476-2185 Fax (660) 476-5901

<b>Uso exclusivo de la</b>
Sello de fecha

# Solicitud de ayuda financiera para gastos de energía para hogares

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés)

## Parte 1 - Introducir información de contacto

Nombre				
Dirección particular (o dirección a la que se muda)	Apt#	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la dirección del domicilio)	Apt#	Ciudad	Estado	Código postal
Condado de residencia	Correo electrónico	Número de teléfono	Número de móvil	

## Parte 2 - Complete la información de todos los miembros del grupo familiar

Enumere a todas las personas que componen su grupo familiar, empezando por usted. Complete cada casilla por cada miembro del grupo familiar. Si en su casa viven más de 10 personas, enumere las demás en una hoja aparte.

Nombre	¿SNAP? Sí/No	Número de Seguro Social	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	¿Discapacitado? Sí/No	Relación con usted	Raza	¿Ciudadano estadounidense? Sí/No
						<b>UNO MISMO</b>		

¿Es propietario de su vivienda o la va a comprar? .....  Sí  No

¿Su casa ha sido protegida contra la intemperie por el programa de protección de la agencia local? .....  Sí  No

¿Su casa es totalmente eléctrica? .....  Sí  No

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar padece alguna enfermedad potencialmente mortal? .....  Sí  No

## Parte 3 - Introducir información sobre los servicios públicos

• Indique a continuación en el apartado "Fuente de combustible para mi vivienda"; el DSS sólo abonará los beneficios de EA por el tipo de combustible seleccionado en este apartado.

<b>Fuente de combustible para mi casa</b>						
<input type="checkbox"/> Gas natural	<input type="checkbox"/> Tanque propano	<input type="checkbox"/> Eléctrico	<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> Cilindro de propano	<input type="checkbox"/> Fuelóleo	<input type="checkbox"/> Queroseno

### Parte 3 - Introducir la información de los servicios públicos Continuación

Indique el nombre de su proveedor	
Ciudad	¿A nombre de quién figura la cuenta?
Número de cuenta	
¿Está actualmente sin esta fuente de energía porque se desconectó o se ha quedado sin combustible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está actualmente en riesgo de no disponer de esta fuente de energía seleccionada arriba porque es posible que la desconecten pronto o porque le queda poco combustible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si ha respondido afirmativamente a alguna de las dos preguntas, indique la fecha de desconexión o la cantidad de leña, propano o electricidad de prepago de que dispone:	

Si tiene un aviso de desconexión, envíelo con esta solicitud.

<b>Fuente de combustible adicional para mi hogar No completar</b> si su hogar es totalmente eléctrico. Si es totalmente eléctrico, asegúrese de que la información eléctrica aparezca en la sección "Fuente de combustible para mi hogar".	
<input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Tanque propano <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Cilindro de propano <input type="checkbox"/> Fuelóleo <input type="checkbox"/> Queroseno	
Indique el nombre de su proveedor	
Ciudad	¿A nombre de quién figura la cuenta?
Número de cuenta	
<ul style="list-style-type: none"><li>Si usted o alguien de su familia padece una enfermedad potencialmente mortal, envíe una declaración médica de un médico o enfermero cualificado. La declaración debe indicar que el miembro del grupo familiar padece una enfermedad potencialmente mortal, pero no es necesario indicar el diagnóstico o la enfermedad.</li></ul>	

### Parte 4 - Introducir la información si no paga directamente a la compañía eléctrica

La cuenta está a nombre del arrendador y yo le pago los gastos de calefacción o refrigeración.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vivo en una vivienda subvencionada o soy beneficiario de la Sección 8.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Los gastos de calefacción están incluidos en mi alquiler.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Los gastos de climatización están incluidos en mi alquiler.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del arrendador	Número de teléfono
Dirección del arrendador	

### Parte 5 - Introducir los ingresos familiares

Si algún miembro de su grupo familiar tiene ingresos por un trabajo por cuenta ajena o propia:

- Complete esta sección para mostrar todos los ingresos que alguien recibe por propinas, pagos por servicios y salarios de todos los trabajos, incluso si alguien tiene más de un trabajo. Si necesita indicar ingresos adicionales, hágalo en una hoja aparte.
- Envíe copias de documentos que muestren todos los ingresos brutos percibidos por cualquier persona el mes pasado, como recibos de nómina. Los ingresos brutos son los percibidos antes de la retención de impuestos. Si alguien estuvo empleado en los últimos seis (6) meses pero no recibió ingresos de ese trabajo el mes pasado, proporcione prueba del salario final obtenido y la última fecha trabajada de ese empleador.

**Enumere todas las personas de su grupo familiar mayores de 18 años que recibieron ingresos de un trabajo el mes pasado. (Incluya todos los empleos.)**

Nombre	Empleador	¿Con qué frecuencia le pagan?	Salario bruto	¿Sigue trabajando?
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

¿Algún miembro del grupo familiar obtuvo ingresos por cuenta propia el mes pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>En caso afirmativo, envíe junto con su solicitud una copia del formulario 1040 del impuesto federal sobre la renta más reciente, incluido el Anexo 1, de cada trabajador autónomo.</b>	

## Parte 6 - Introducir la manutención infantil ordenada por el tribunal (si procede)

La manutención infantil ordenada por un tribunal que se paga a alguien ajeno a su grupo familiar puede deducirse para que no cuente como ingreso. Para beneficiarse de esta deducción, complete el siguiente formulario.

¿Alguien pagó el mes pasado manutención infantil a una persona ajena a su grupo familiar? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	
De ser sí, ¿cuánto? \$	Nombre de la persona que paga manutención infantil
Indique los 8 dígitos del número de caso de manutención infantil	

## Parte 7 - Introducir otros ingresos

- Envíe copias de los documentos que demuestren los ingresos percibidos el mes pasado. Si necesita indicar los ingresos adicionales de algún miembro del grupo familiar, envíe una hoja aparte con la información.

FUENTES DE INGRESOS	¿QUIÉN PERCIBE ESTOS INGRESOS?	IMPORTE RECIBIDO	CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBE?
Seguro social		\$	
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)		\$	
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)		\$	
Ayuda suplementaria a los ciegos (SAB, por sus siglas en inglés)		\$	
Pensión por ceguera (BP, por sus siglas en inglés)		\$	
Pagos suplementarios del Estado (SSP, por sus siglas en inglés)		\$	
Cuidado de acogida		\$	
Pensión alimenticia		\$	
Manutención infantil Indique el número de caso de 8 dígitos: _____		\$	
Compensación por desempleo		\$	
Prestaciones para veteranos		\$	
Pensiones		\$	
Jubilación ferroviaria		\$	
Alquileres de terrenos o edificios		\$	
Dinero recibido de amigos, familiares u organizaciones		\$	
Asignación para las Fuerzas Armadas		\$	
Fondos sindicales o beneficios de huelga		\$	
Indemnización por accidente de trabajo o incapacidad temporal privada		\$	
Otros ingresos no devengados Especifique: _____		\$	

## Parte 8 - Introducir información sobre los recursos: divídala para los miembros del grupo familiar.

Si alguien de su grupo familiar tiene cuentas de ahorro o de otro tipo, complete los montos totales de dinero que cada uno tiene en cada tipo de cuenta.

Tipo	¿De quién es la cuenta?	¿Cuánto?
Cuenta de cheques: Cuentas individuales y/o conjuntas		\$
Acciones/bonos y fondos de inversión		\$
Planes IRA/KEOGH y/o de retribución diferida		\$
Caja de ahorros: Cuentas individuales y/o conjuntas		\$
CD, anualidades y/o mercados monetarios		\$

## Parte 9 - Aviso de que puede obtener una audiencia imparcial - Sólo con fines informativos

Como solicitante del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), puede solicitar una audiencia por los siguientes motivos:

- 1) Si su solicitud de LIHEAP es denegada.
- 2) Si su solicitud de LIHEAP no se revisa a tiempo.

La solicitud de audiencia puede hacerse por escrito, por teléfono, por fax o en persona.

### Documentos que debe enviar con su solicitud para evitar retrasos en la tramitación (envíe copias, no se devolverán los originales):

- Solicitud completamente cumplimentada, firmada y fechada.
- Justificante del número del Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar. (Por ejemplo, tarjeta del seguro social, carta de concesión, W-2)
- Copias de las facturas de servicios públicos y/o calefacción y climatización de sus fuentes de combustible, incluidos los avisos de desconexión. La persona que figure en la factura del combustible debe ser un miembro del grupo familiar mayor de 18 años.

### Documentación que debe enviar si algún miembro de su grupo familiar tuvo ingresos el mes pasado:

- Justificante de todos los ingresos del último mes de todos los miembros del grupo familiar. Los miembros del grupo familiar que sean beneficiarios activos del programa SNAP no necesitan aportar pruebas de sus ingresos.
- Copias del formulario 1040 del impuesto federal sobre la renta más reciente, incluido el anexo 1, de todos los miembros del grupo familiar que obtuvieron ingresos por cuenta propia el mes pasado.

## Parte 10 - Consentimiento para que la Agencia LIHEAP procese (revise) esta solicitud

Lea el Consentimiento para el procesamiento en el recuadro siguiente y fírmelo. **Si no firma y pone la fecha en la solicitud, no se procesará su solicitud de LIHEAP.**

Por la presente solicito asistencia en virtud de las leyes LIHEAP del Estado de Missouri administradas por el Departamento de Servicios Sociales (DSS). Declaro que, a mi leal saber y entender, la información que he facilitado es veraz, correcta y completa. **Comprendo que la agencia LIHEAP debe verificar la información que he dado en esta solicitud.**

Si algún miembro del grupo familiar declarado en mi solicitud recibe actualmente SNAP, TANF o manutención infantil, por la presente autorizo a la agencia de LIHEAP a usar mi archivo de la División de Manutención Familiar (FSD, por sus siglas en inglés) para la elegibilidad de LIHEAP. Por la presente autorizo a la agencia LIHEAP, a la FSD y a mi proveedor de combustible a proporcionarse mutuamente cualquier información sobre mi como cliente, solicitud y cuenta (como: dirección de servicio, fuente de energía, número de cuenta del cliente, monto adeudado, aviso de desconexión, etc.) para determinar mi elegibilidad y administrar el programa de otra manera. Autorizo al DSS a utilizar la información facilitada en este formulario con fines de investigación, evaluación y análisis del programa.

Entiendo que me pueden multar, encarcelar o ambas cosas según la ley estatal o federal si hago declaraciones falsas en esta solicitud para obtener beneficios para los que no soy elegible.

Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede hacerse cumplir de la misma manera que una firma escrita.

*Firma	*Fecha
--------	--------

**Enviar**

**Asegúrese de guardar su solicitud antes de enviarla**