

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR

SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ENERGÍA DE MINNESOTA DEL 2011-2012

Estas instrucciones le ayudaran a completar su solicitud para el Programa de Asistencia de Energía 2011-2012. Esta solicitud es usada para aplicar para el Programa de Asistencia de Energía, El Programa de Asistencia de Climatización, y El Programa de Mejorías de Conservación.

La Solicitud de Los Programas de Asistencia de Energía de Minnesota están disponibles en Español y en imprento grande con solamente pedir la solicitud a su Proveedor de Servicios de EAP o imprimiéndola en www.enery.mn.gov.

Para aplicar para los Programas de Asistencia de Energía, usted debe enviarnos:

- La solicitud completa con todas las preguntas contestadas y estar firmada y fechada en la última página.**
- Copias de los comprobantes de ingresos para cada miembro del hogar de los últimos tres meses.
- Una copia de su factura más reciente de calefacción y la última factura recibida de la luz.
- Una copia de su último recibo de combustible si ha recibido combustible.

La falta de proporcionar los documentos requeridos resultara en la demora o negación de su solicitud.

PARTE 1. Información personal: Anote su Número de Seguro Social (SSN), nombre, dirección, número de teléfono e información de contacto. Si el solicitante principal / miembro principal del hogar no tiene un número de seguro social valido su solicitud no podrá ser procesada. Contacte su Proveedor de Servicio Local de EAP si no hay alguien en su hogar que pueda proveer un SSN. Un documento legal alternativo podrá ser aceptado.

Representante Autorizado: Un "Representante Autorizado" es alguien a quien usted da permiso (por escrito) para actuar en su nombre. Esta persona recibirá toda su correspondencia relacionada con este programa si usted incluye la dirección de la persona en esta solicitud.

PARTE 2. Información sobre el Hogar: Llene toda la información para cada persona que vive en su hogar. TODAS las personas que viven en la casa son miembros del hogar si comparten la cocina u otras áreas de su hogar. Los Proveedores de Cuidado que viven en el hogar pueden ser excluidos como miembros del hogar con documentación de un proveedor de asistencia médica manifestando que cuidado médico diario es necesario.

El Número de Seguro Social para otros miembros de su hogar es solicitado (opcional). Padres de familia que no tienen custodia de sus hijos menores de 18 años de edad aún pueden incluirlos como miembros del hogar.

Fuentes de Ingreso y Otra Ayuda:

- Marque con una (x) todas las fuentes de ingreso de todos los miembros de su hogar.
- Reporte todo el ingreso y todo el dinero recibido de cada miembro del hogar en los últimos 3 meses.
- Envié copias del comprobante de ingresos para cada persona viviendo en el hogar durante los últimos 3 meses completos anterior al mes que está aplicando.

Tipo de comprobantes de Ingreso:

- **Empleado:** Talones de cheques o una verificación por escrito y firmada de su empleador especificando la cantidad de ingreso bruto.
 - **MFIP, DWP, MSA, GA:** Un estado mensual el cual indique los beneficios recibidos o un estado de cuenta bancario.
 - **Pensión Conyugal:** Cheques, depósitos bancarios, la orden de divorcio o una nota por escrito del pagador indicando la cantidad y las fechas de pagos recibidos.
 - **Pagos de Discapacidad, Beneficios de Veteranos, Compensación a Trabajadores, Seguridad Social, RSDI y SSI:** Cartas de concesión indicando la cantidad del beneficio, estados de cuentas bancarios indicando los depósitos directos o copia de los cheques.
 - **Compensación de Desempleo:** Una declaración de desempleo o copia imprentada de los beneficios semanales de la página web <http://uimn.org>. Presione el botón de "Log in to My Account" y escriba su nombre de usuario y contraseña, después oprima "View and Maintain My Account", después oprima la tablilla de "Payment Information", y escriba en las casillas las fechas de los últimos 4 meses.
 - **Empleo por Cuenta Propia, Granjero, Ingresos de Renta/Alquiler:** Una copia completa de la Declaración Federal de Impuestos (Federal Tax Return) del año pasado. Si usted no declaró Impuestos Federales el año pasado llame a su agencia para conseguir la forma que usted necesita. Escriba la fecha en la cual su negocio comenzó en el espacio disponible en la segunda página de la solicitud.
 - **Intereses, Dividendos:** Estados de cuentas bancarias o su forma IRS-1099 o IRS 1040.
 - **Ingresos de Jubilación:** Cheque(s) de beneficios o estado de cuenta.
 - **Pensión y Anualidades:** Cheques del beneficio o historial o carta del fondo de la pensión o beneficio.
 - **Pagos de Casino Tribal, Bonos Tribales o Bonos por Juicio Tribal:** Talones de cheques del beneficio, estado de cuenta bancaria o carta del beneficio.
 - **No Ingresos:** Si su hogar no tiene ingresos, y nadie trabaja por su propia cuenta, llame a su Agencia de Servicio de EAP para que le envíen un formulario para hogares sin ingresos y envíelo con su solicitud.
-

(Por favor envíe copias de los comprobantes de ingresos. No se devolverán los originales.)

PARTE 3. Información sobre la vivienda. Marque el tipo de vivienda en la que vive, cuánto tiempo ha vivido en su hogar actual y su pago mensual. Si usted es un rentero, díganos si usted recibe subsidio en su hogar, especifique si usted paga su propia calefacción y su electricidad y el nombre del propietario de la propiedad su teléfono y dirección. Si usted es propietario de su propia casa, está comprando su casa, si tiene una hipoteca o contrato de compra venta. Propietarios de casa: Si usted tiene un problema con su calentador, nosotros podríamos ayudarlo a proveer servicios de reparo.

Trabajo por cuenta propia: Si su residencia es usada para trabajo o renta un espacio en su casa, complete esta sección.

PARTE 4: Fuentes de Calefacción:

- Coloque "1" junto al combustible para calefacción que más usa y "2" junto a cualquier otro combustible que usa en su hogar para calefacción.
- Por favor infórmenos si usted calienta su hogar a través de más de un solo sistema de calefacción.
- **Si usted usa la electricidad como fuente de calefacción principal**, esta debe proveer la mayoría o toda la calefacción de una o más habitaciones (excluyendo los baños) o proveer calefacción a toda la casa. La electricidad no es un sistema de calefacción si se utiliza solo para hacer funcionar el sistema de calefacción o termostato.
- Si utiliza la madera, el maíz, pellets u otros combustibles biológicos, indique el número de recámaras en su casa, si corta o crece su propia madera, pellets u otro combustible biológico y que porcentaje de calor proporciona en su casa.
- Anote el nombre de la compañía de energía o electricidad que proporciona energía a su casa.
- Incluya el nombre bajo el cual está la cuenta y el número de cuenta.

PARTE 5. Preguntas locales: Favor de completarlas si el Proveedor de Servicios de EAP incluye las preguntas.

PARTE 6. Permisos y Firma: Lea los permisos cuidadosamente. La solicitud deberá ser firmada por un adulto. Imprente su nombre, firme y feche la solicitud. Regrese la solicitud a su oficina local de EAP.

Las Solicitudes deben estar recibidas dentro de los 60 días de la fecha en que firmo la solicitud y deberán ser fechadas y recibidas antes del 31 de Mayo de 2012.

- CUALQUIER información que falte retrasará las decisiones sobre su elegibilidad y cantidad de beneficio.
- Su Proveedor de Servicio Local de EAP podrá ayudarlo a pagar facturas atrasadas y/o ayudarlo a hacer un arreglo de pago con su proveedor.
- Su solicitud será procesada lo más rápido posible. Le enviaremos una carta cuando se haya completado su solicitud.

Información Importante:

El Programa de Asistencia de Energía puede proveer a hogares elegibles con ayuda de crisis energética.

Llámenos **sólo** si:

- Sus servicios de calefacción han sido o serán desconectados,
- No puede conseguir que le lleven combustible, o
- Es propietario de su casa y su sistema de calefacción no funciona.

Tabla de ingresos para la elegibilidad de Climatización

Usted puede ser elegible para el programa de climatización aun si su ingreso excede los límites para el Programa de Asistencia de Energía. Climatización es un programa de eficiencia de energía sin costo alguno para usted. El ingreso para recibir servicios de climatización es el 200% de la Tabla de Ingresos Federales de Pobreza.

Los límites de ingreso por tres meses para la asistencia de climatización son:

* Las tablas de ingreso son susceptibles a cambio basado en ajustes federales.

Protección de La Ley de Invierno (Cold Weather Rule Protection) Si usted usa gas natural o electricidad para su hogar o necesita que la electricidad opere su termostato o el abanico de su calefacción, usted podrá ser elegible para La Protección de la Ley de Invierno.

- La Ley de Protección del Invierno (Cold Weather Rule Protection) le ayudara a reconectar su servicio durante la temporada de invierno para mantener su calefacción entre Octubre 15 y Abril 15.
- **Para obtener la ley de protección, usted deberá contactar sus compañías de energía y hacer y mantener un arreglo de pago. Si usted falla un pago, usted perderá la protección y su servicio será desconectado y perderá su calefacción.**
- Si usted recibe asistencia de energía, usted está pre-calificado para la Ley de Protección. La asistencia de Energía no reemplaza lo que usted deberá pagar.
- Los miembros de su Proveedor Local de Servicios de EAP podrán ayudarlo a hacer un arreglo razonable con sus compañías de energía.

**Programa de Climatización
Tabla de ingresos para la
elegibilidad***

Hogar	
Total de miembros	Ingreso
1	\$ 5,585
2	\$ 7,565
3	\$ 9,545
4	\$11,525
5	\$13,505

Uso de la Oficina solamente

HH#: _____

Rep # _____

Grant amount _____

2011-2012 SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ENERGÍA DE MINNESOTA



Three Rivers Community Action, Inc.
1414 North Star Drive
Zumbrota MN 55992
Phone (507) 732-7391 Toll free: 800-277-8418
Fax: (507) 732-8547 TTY: 800-627-3529
www.threeriverscap.org



Antes de completar esta solicitud, lea las hojas adjuntas "Sus Derechos y Responsabilidades" y las Instrucciones.

Parte 1. Información Personal-Verifique que toda la información pre-impresada este correcta y corrija lo necesario.

Su Número de Seguro Social:				
<input type="text"/> <p>La revelación del Número de Seguro Social del solicitante primario es requerida. Si usted no proporciona un número social verificable, su solicitud no podrá ser procesada. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) del Acto del Seguro Social, 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i) USO: El Estado usara su Número de Seguro Social en la administración de LIHEAP para verificar la información proveída en la solicitud, para prevenir, detectar y corregir fraude, pérdida y abuso, y con el propósito de responder a requisitos de información de programas de agencia fundados a través de becas estatales para la asistencia temporal a familias en necesidad.</p>				
Su Nombre:				
Primer Nombre _____			Inicial del segundo nombre _____	
			Apellido _____	
La dirección de su casa:				
Calle _____			No. Apto _____	Ciudad _____
			Estado <u>MN</u>	Código Postal _____
Dirección a donde se debe enviar su correspondencia (si es diferente a la de su residencia):				
Calle o Apartado Postal _____			No. Apto _____	Ciudad _____
			Estado <u>MN</u>	Código Postal _____
Condado: _____		Municipio: _____		
Teléfono residencial:		Teléfono durante el día u otro Teléfono (si es diferente del teléfono residencial):		
(____) _____		(____) _____		
Idioma principal que se habla en su hogar:			Dirección de Correo Electronico	
_____			_____	
Representante Autorizado: Un "Representante Autorizado" es alguien a quien usted da permiso (por escrito) para actuar en su nombre. Esta persona recibira toda su correspondencia para este programa, si usted incluye su direccion.				
Nombre _____		Apellido _____		Teléfono (____) _____
Calle o Apartado Postal _____		No. Apto. _____	Ciudad _____	Estado <u>MN</u> Código Postal _____

USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD EN LA PARTE INFERIOR DE LA ÚLTIMA PAGINA

Parte 2. Información sobre los miembros del hogar.

INCLUYENDOSE USTED, ENLISTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR.

Nombre, Inicial del segundo Nombre, Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	Raza	Hispa -no S/N	Sexo M/F	Disca- pacita do S/ N	Años de Escuela	Tiene Ingreso S/N
1. (usted)	(requerido)	/ /						
2.		/ /						
3.		/ /						
4.		/ /						
5.		/ /						
6.		/ /						
7.		/ /						
8.		/ /						

Si es necesario anexe una hoja con la información de cualquier miembro adicional.

Raza: A=Asiático B=Negro o Africano-Americano I=Indio Americano o Nativo de Alaska
 O= Nativo de Hawái o de otro lugar del Pacifico W= Blanco o Caucásico

¿Hay algún miembro en su hogar que actualmente es miembro de la mesa directiva de esta agencia? O es usted empleado de esta agencia? Sí No

En los últimos 3 meses, de todas las personas que habitan en su hogar, ¿cuántas tuvieron ingreso? _____

FUENTES DE INGRESOS Y OTRAS ASISTENCIAS (Marque todas las casillas que apliquen a su tipo de ingreso y envíe verificación)

<input type="checkbox"/> Salario/paga	<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social o Discapacidad del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Trabajo Diversionario (DWP)
<input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia/Trabajo de Granjas	<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)	<input type="checkbox"/> MFIP (ayuda en efectivo)
<input type="checkbox"/> Rentas/bienes raíces	<input type="checkbox"/> Discapacidad temporal/permanente	<input type="checkbox"/> Asistencia de Comida (no es ingreso)
<input type="checkbox"/> Compensación de desempleo	<input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación	<input type="checkbox"/> Asistencia General (GA)
<input type="checkbox"/> Compensación del trabajador	<input type="checkbox"/> Pensión/Anualidad (trimestral y anual)	<input type="checkbox"/> Manutención conyugal
<input type="checkbox"/> Ingreso por Interés o Dividendos	<input type="checkbox"/> Crédito de ingreso ganado (no se cuenta como ingreso)	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Interés por Escritura Hipotecaria	<input type="checkbox"/> Pagos de Casino Tribal, Bonos de Tribu o Bonos de Juicio	<input type="checkbox"/> No tiene Ingreso (mire las instrucciones y contacte a su agencia)
<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> Asistencia Suplementaria de Minnesota (MSA)	

<p><u>Envíe Copias del Comprobante de sus Ingresos Brutos por los últimos 3 Meses</u> de todos los miembros del hogar con excepción ingresos de niños de grados K-12</p> <p>Si es trabajador independiente mande una copia de sus Taxas Federales. ¿Cuándo inicio su negocio? Fecha ____/____ mes/año. Contacte su agencia local del programa de asistencia de energía si es menos de dos años.</p> <p>Su solicitud será demorada si usted no incluye su verificación de ingreso</p> <p>Las aplicaciones deberán ser firmadas (en la última página), fechadas y recibidas antes del 31 de Mayo de 2012.</p>	Si firma la aplicación en:	Envíe prueba de ingresos de los meses de:	<p>Para EAP, usted no deberá excederse de estas guías de ingresos por 3 meses (vea las instrucciones para las guías de elegibilidad para el programa de Climatización):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Hogar</th> </tr> <tr> <th>Tamaño</th> <th>Ingresos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>\$5,596</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>\$7,318</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>\$9,040</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>\$10,762</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>\$12,484</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>\$14,206</td> </tr> </tbody> </table>	Hogar		Tamaño	Ingresos	1	\$5,596	2	\$7,318	3	\$9,040	4	\$10,762	5	\$12,484	6	\$14,206
	Hogar																		
	Tamaño	Ingresos																	
	1	\$5,596																	
	2	\$7,318																	
	3	\$9,040																	
	4	\$10,762																	
	5	\$12,484																	
	6	\$14,206																	
	Agosto 2011	Mayo, Junio, Julio 2011																	
Sept. 2011	Junio, Julio, Agosto 2011																		
Oct. 2011	Julio, Agosto, Sept. 2011																		
Nov. 2011	Agosto, Sept., Oct. 2011																		
Dic. 2011	Sept., Oct., Nov. 2011																		
Enero 2012	Oct., Nov., Dic. 2011																		
Febrero 2012	Nov., Dic. 2011, Enero 2012																		
Marzo 2012	Dic. 2011, Enero., Feb 2012																		
Abril 2012	Enero, Feb., Marzo 2012																		
Mayo 2012	Feb., Marzo, Abril 2012																		

Parte 3. Información sobre su vivienda

<p>Tipo de casa: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento/Condominio <input type="checkbox"/> Townhouse <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Dúplex <input type="checkbox"/> Triplex <input type="checkbox"/> Cuádruplex <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo en su casa? ____ Años ____ Meses ¿Cuánto paga usted de renta o hipoteca al mes? \$ _____</p>	<p>Renteros: ¿Recibe usted subsidio o vive en un lugar subvencionado? <input type="checkbox"/>Sí <input type="checkbox"/>No ¿Está el costo de la calefacción incluida en la renta? <input type="checkbox"/>Sí <input type="checkbox"/>No ¿Esta el costo de la electricidad incluido en la renta? <input type="checkbox"/>Sí <input type="checkbox"/>No Nombre del Propietario: _____ Teléfono: _____ Direccion: _____</p>
	<p>Propietario de vivienda: ¿Es dueño o está en proceso de comprar su residencia? <input type="checkbox"/>Sí <input type="checkbox"/>No ¿Está usted teniendo problemas con su calentador? <input type="checkbox"/>Si <input type="checkbox"/>No Si, describa el problema: _____ (Guarde nuestro número de teléfono y llámenos si usted tiene algún problema con su calentador.)</p>
	<p>Trabajo por cuenta propia: Si usted trabaja por su cuenta, ¿tiene algún negocio en su casa? <input type="checkbox"/>Sí <input type="checkbox"/>No Si, ¿Qué tipo de negocio y que tipo de trabajo se hace en su casa o en su propiedad? _____ ¿Usted le renta parte de su casa a alguien? <input type="checkbox"/>Sí <input type="checkbox"/>No</p>

Parte 4. Fuentes de combustible (La electricidad es considerado fuente de calefacción si es usado para calentar uno o más cuartos.)

Coloque "1" en el combustible que Ud. más frecuentemente usa y "2" para cualquier otro tipo de combustible para su casa.

Aceite <input type="checkbox"/>	Propano/LP <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Pellet de Madera <input type="checkbox"/>	Vapor Municipal <input type="checkbox"/>
Gas Natural <input type="checkbox"/>	Electricidad <input type="checkbox"/>	Elote <input type="checkbox"/>	Otro tipo <input type="checkbox"/>	St. Paul Dist. Htg. <input type="checkbox"/>

¿Desea usted que el 30% del beneficio se le envíe a la compañía de la luz? Sí No

¿QUÉ COMPAÑÍAS SUMINISTRAN LA CALEFACCION Y ELECTRICIDAD EN SU VIVIENDA?

	Calefacción No. 1	Calefacción No. 2	Electricidad
Nombre de la Compañía:			
Nombre en la Cuenta:			
Numero de Cuenta:			

ENVIE LA COPIA DE LAS FACTURAS MÁS RECIENTES DE CALEFACCIÓN, ELECTRICIDAD O COMBUSTIBLE CON ESTA SOLICITUD.

Si usted calienta su casa con madera, elote, pellets u otro tipo de biocombustible conteste las siguientes 3 preguntas:

- ¿Cuántas habitaciones tiene su casa? _____ **(Circule el porcentaje que usted use de madera, elote, pellets u otro.)**
- ¿Corta su propia madera o aceite de elote? Sí No
- ¿Qué porcentaje usa para su calefacción? (use la tabla)

10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
A veces			Tiempo medio			La mayoría			Todo

Si usted no está registrado para votar, ¿le gustaría recibir una tarjeta de registro de votante? Si *(Usted no tiene que contestar esta pregunta)*

Parte 5. Preguntas Locales

¿ESTA TENIENDO UNA EMERGENCIA? SI ____ NO ____ Si respondió que sí, marque abajo el tipo de emergencia:

____ Consumidores de Petróleo o LP- Mi tanque esta vacio o a punto de estar vacio y mi proveedor se niega a llenarlo sin previo pago. ____% restante en el tanque. \$____ cantidad que se debe.

____ Mi servicio ha sido desconectado por: _____(Nombre del proveedor)

\$ ____ cantidad que se debe. ¿Por cuánto tiempo ha estado su servicio desconectado? _____

Escriba en este espacio cualquier otra información que mejor explique la situación financiera de su familia (por ejemplo: no tiene trabajo, esta discapacitado por enfermedad, etc.). Por favor use una hoja aparte de ser necesario.

PARA INFORMACION SOBRE OTROS UTILES SERVICIOS EN SU AREA

Llame gratis al 2-1-1 o al 1-800-543-7709

Visite estos sitios Web desde su casa o desde su Biblioteca pública

- www.minnesotahelp.info – Escriba una palabra clave sobre lo que está buscando y el condado donde usted vive.
- www.threeriverscap.org – para información de otros programas que nuestra agencia tiene para ofrecerle.

POR FAVOR SOLO ENVIE COPIAS DE SU VERIFICACION. TODOS LOS DOCUMENTOS SERAN DESTRUIDOS.

NO UTILICE MARCADORES PARA RESALTAR SU DOCUMENTACION – NO PERMITEN ESCANEAR LOS DOCUMENTOS CORRECTAMENTE. UTILIZAMOS EL INGRESO BRUTO, NO EL INGRESO NETO. UTILIZAMOS LAS FECHAS DE PAGO (PAY DATES), NO LAS FECHAS DE FINAL DE PAGO (ENDING DATE).

Parte 6. Consentimiento y Firma durante 1 de Octubre, 2011 al 30 de Septiembre, 2012

1. Autorizo a mis compañías de electricidad y de calefacción para que proporcionen información sobre mi cuenta y gastos de energía al Departamento de Comercio de Minnesota (DOC) y para sus contratistas para los programas de Asistencia de Energía (EAP), Climatización (WAP), y el programa de Mejorías de Conservación (CIP).
2. Autorizo a la Administración del Seguro Social y al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (MDHS), y sus agencias para que compartan información referente a mi Numero del Seguro Social y a mis beneficios de asistencia pública recibidos durante el último año de elegibilidad para beneficios con DOC y sus contratistas para los programas de Asistencia de Energía, Asistencia de Climatización, y programas del CIP.
3. Autorizo a EAP y WAP de Minnesota para:
 - Contactar a mi empleador para verificar mi ingreso.
 - Si alquilo, se comuniquen con el dueño de la propiedad para verificar mi residencia o el sistema de calefacción.
4. Autorizo a mi proveedor de servicio local de EAP y WAP para contactarme con referencias y encuentros.
5. Mi firma debajo confirma que la información en esta solicitud esta correcta. Entiendo que:
 - Es posible que tenga que comprobar mis declaraciones.
 - Puedo ser civilmente o criminalmente penalizado bajo ley federal o estatal por hacer declaraciones falsas o fraudulentas.
 - Tengo derechos bajo los programas de energía. He recibido una copia de "Sus Derechos y Responsabilidades"
 - Puedo apelar las decisiones de la agencia sobre mis beneficios.
 - Entiendo que al llenar esta solicitud no garantiza que mi hogar recibirá asistencia.

Nombre Imprento: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

**Deberemos recibir esta solicitud dentro de los 60 días de haber sido firmada y esta solicitud deberá ser fechada o recibida para el 31 de Mayo de 2012.
(Los fondos se podrían agotar, aplique pronto.)**

Sus Derechos y Responsabilidades

DECLARACION DE PRIVACIDAD

Provisiones del Acta de Privacidad: La ley federal y estatal exige que nosotros le informemos a usted sobre sus derechos y responsabilidades antes de recolectar y usar información clasificada como privada y confidencial. Esta hoja le proporciona información importante conforme con el Acta de Privacidad federal de 1974, 5 USC sección 552a (e) (3), y el Acta del Gobierno de Minnesota sobre la Práctica de Datos (MN Government Data Practices Act), Minn. Estatuto §13.04 subd. 2. (también llamada Tennesen Warning)

Por favor lea esta *Declaración de Privacidad* cuidadosamente antes de completar y firmar la Solicitud para Programas de Energía de Minnesota (EAP), y guárdela en sus archivos. Esta *Declaración de Privacidad* es pertinente a los Programas de Asistencia de Energía, Programa de Asistencia Climática (WAP) y Programa de Mejoras de Conservación (CIP), conocida también como Programas de Asistencia de Energía.

¿Por qué recolectamos esta información en la solicitud?

Nosotros usaremos esta información para investigar, evaluar y administrar los Programas de Asistencia de Energía. Necesitamos esta información:

- Para diferenciarlo de otras personas.
- Para ver si usted califica para recibir asistencia.
- Para permitirnos solicitar fondos federales o estatales para pagar por la asistencia que usted recibe.
- Para cumplir con los requisitos de reporte Federal y estatal.

¿Qué sucede si usted no nos proporciona o si nos proporciona la información?

Si usted nos proporciona la información requerida en la solicitud, su solicitud será procesada.

Si usted no nos proporciona la información:

- Su solicitud no será procesada.
- Usted no podrá recibir servicios.
- Usted no podrá recibir ayuda con sus facturas de energía.
- Sus servicios serán demorados.

Cualquier información que usted nos proporcione será mantenida solamente por nosotros, así su solicitud sea aprobada o no.

¿Quién puede ver esta información?

Las siguientes personas podrán recibir información contenida en su solicitud de asistencia de energía solo si (i) ellos necesitan acceso a la información de la solicitud para hacer trabajos en conexión con la Asistencia de Energía, Climatización y El Programa de Mejoras de Conservación o (ii) ellos están autorizados por las leyes federales o estatales para recibirlo:

- Programas Locales de Energía bajo contrato con el Departamento de Comercio de Minnesota.
 - Los auditores de Programas Locales de Energía según lo requerido por los circulares del OMB.
 - Departamentos Administrativos de Comercio, Empleo y Desarrollo Económico, Servicios Humanos, Ingresos y la Oficina de Tecnología Empresarial de Minnesota.
 - Departamentos de Salud, Recursos Humanos y Energía de los Estados Unidos.
 - La Comisión de Servicios Públicos de Minnesota.
 - El Auditor Legislativo de Minnesota.
 - Personas autorizadas para ejecutar órdenes de corte o citaciones.
 - Su proveedor de energía para asequibilidad y Programas de Asistencia de Energía.
 - Asociación de Acción Comunitaria de Minnesota.
 - Administración del Seguro Social de Minnesota.
- Otras agencias o entidades según permitido por la ley federal o estatal.

¿Por qué solicitamos sus Números del Seguro Social?

Utilizamos los Números del Seguro Social en la administración de los programas de Asistencia de Energía, asistencia de climatización y programas de mejoras de conservación para asegurar que los solicitantes elegibles y demás miembros reciban solamente los beneficios permisibles. La ley federal nos permite solicitarle a usted que nos proporcione su número de seguro social con el fin de procesar su solicitud y para prevenir, detectar y corregir fraude o abuso. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) del Acto del Número de Seguro Social, 42 U.S.C. § 405 (c)(2)(C)(i). Se requiere que el solicitante principal proporcione su número de seguro social para poder procesar su solicitud. El Número de Seguro Social de los otros miembros del hogar nos ayudara a procesar su solicitud con más rapidez.

¿Por qué solicitamos información sobre su raza?

Esta información es voluntaria. Es compilada y registrada únicamente para fines estadísticos. El programa no puede discriminar por razones de raza o antecedentes étnicos, religión, género, orientación sexual o afiliación política.

¿Qué sucede si usted cree que la información en su expediente no está correcta?

Comuníquese con su agencia de EAP (Programa de Asistencia de Energía) acerca de lo que usted considere que está incorrecto.

¿Qué sucede si usted proporciona información falsa?

El EAP (Programa de Asistencia de Energía) o el Departamento de Comercio pueden verificar la información que usted proporcione. Es posible que usted sea sujeto a cargos civiles o criminales bajo la ley federal o estatal por proporcionar intencionalmente información falsa o fraudulenta en su solicitud.

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

Usted deberá informarnos si usted:

- Recibió ayuda con el pago de sus cuentas de energía a principios de invierno.
- Se muda a una nueva dirección (avísenos dentro de 30 días de mudarse).
- Cambia de proveedor de combustible, agencia o compañía de gas o electricidad.

Usted deberá pagar sus cuentas de combustible. Este programa sólo paga una parte de sus cuentas. Usted deberá pagar la cantidad restante.

Usted tiene ciertos derechos para recibir ayuda:

Usted tiene derecho a:

- Aplicar de nuevo si su solicitud es negada.
- Aplicar para recibir más ayuda, si usted lo necesita.
- Conocer los reglamentos y cómo nosotros determinamos la ayuda que le brindaremos.
- Recibir una respuesta dentro de un período de tiempo razonable una vez que usted nos entregue toda la información requerida.
- Apelar dentro de los 30 días de conocer los resultados de su solicitud si:
 - La solicitud le fue negada o recibió una carta de rechazo y usted considera que la decisión se basó en datos incorrectos.
 - Usted no obtuvo la ayuda que le prometieron.

¿Cómo puede usted presentar una queja?

Si usted siente que el pago de su cuenta de energía no fue por la cantidad que debería haber sido, o si usted no recibió los servicios que piensa debería haber recibido, usted puede contactar a la agencia local de EAP (Programa de Asistencia de Energía) anotada en su solicitud. Mantenga una lista con los teléfonos y direcciones.

Si usted no está satisfecho con la respuesta a su queja, escriba a:

Appeals Officer
Energy Assistance Program
Minnesota Department of Commerce
85 East 7th Place, Suite 500
St. Paul, MN 55101-2198

Si usted considera que ha recibido un trato distinto a los demás debido al color, raza, nacionalidad, religión, sexo, edad, estatus civil, creencias políticas, o debido a una discapacidad física, mental o emocional, escriba una carta a:

Minnesota Department of Human Rights
190 East 5th Street Suite 700
St. Paul, MN 55101

-O-

U.S. Department of Health and Human Service
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Solicite ayuda:

Llame a su agencia local de EAP (Programa de Asistencia de Energía) para solicitar una solicitud en español. Si usted no entiende la información en este documento, llame a su agencia de servicio local de EAP para pedir ayuda. El número de teléfono usualmente está escrito en la primera página de la Solicitud de los Programas de Asistencia de Energía de Minnesota.