

## New Jersey American Water Recertificación de Universal Affordability Discount Program

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Correo electrónico</b>
<b>Fecha de nacimiento</b>		

### INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN POSTAL

<b>Street Address</b>	<b>Apartment/Unit #/Floor (if applicable)</b>		
<b>City</b>	<b>State</b>	<b>Zip Code</b>	<b>County</b>

### INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIO

Verifique aquí si la dirección de servicio es la misma que la dirección postal anterior. Si es el mismo, no llene a continuación.

<b>Dirección de la calle</b>	<b>Apartamento/Unidad #/Piso (si corresponde)</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Condado</b>

### DEMOGRAFÍA INFORMACIÓN SOBRE EL JEFE DE FAMILIA

¿Es el solicitante el jefe de familia? (Es la persona responsable de las facturas del hogar)  Sí  No

**Estado civil de cabeza de familia**     Casado     Soltero     Separados/Divorciados     Viudo/a

**Edad del jefe de familia**     18-49     50-59     60+

¿Es el jefe de familia un veterano de los EE. UU.?     Sí     No

**Género del jefe de familia**     Masculino     Hembra     Otro     Negarse a responder

**Raza de cabeza de familia**     Nativo de Alaska     Amerindio     Asiático     Negro o afroamericano

Raza mixta     Nativo de Hawái     Otros isleños del Pacífico     Blanco     Negarse a responder

**Etnia del jefe de familia**     Hispano o latino     Ni hispanos ni latinos     Otro     Negarse a responder

**Otras características del jefe de hogar**     Ninguno     Padres solteros     Abuelo con hijo

Viudo/a     Otro \_\_\_\_\_

## New Jersey American Water Recertificación de Universal Affordability Discount Program

### DEMOGRAFÍA

#### APPLICANT INFORMATION (Fill out only if Applicant is not Head of Household)

**Estado civil del solicitante**       Casado       Soltero       Separados/Divorciados       Viudo/a

**Edad del solicitante**       18-49       50-59       60+

**¿Es el solicitante un veterano de los EE. UU.?**       Sí       No

**Género del solicitante**       Masculino       Hembra       Otro       Negarse a responder

**Raza del solicitante**       Nativo de Alaska       Amerindio       Asiático       Negro o afroamericano  
 Raza mixta       Nativo de Hawái       Otros isleños del Pacífico       Blanco       Negarse a responder

**Origen étnico del solicitante**       Hispano o latino       Ni hispanos ni latinos       Otro       Negarse a responder

**Otras características del solicitante**       Ninguno       Padres solteros       Abuelo con hijo       Viudo/a  
 Otro \_\_\_\_\_

Edad del solicitante 65+       El solicitante recibe SSD       Alquilar       Poseer

**¿Cuánto tiempo llevas viviendo en tu residencia actual?** \_\_\_\_\_

**¿Cómo se calienta la residencia?**       Gas       Eléctrico       Aceite       Propano       Otro \_\_\_\_\_

**Número de personas que viven en el hogar (por edad)**  
 0-6 Años \_\_\_\_\_      7-17 Años \_\_\_\_\_      18-49 Años. \_\_\_\_\_      50-59 Años \_\_\_\_\_      60+ Años \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE INGRESOS

**Total de adultos (18+ años) en el hogar** \_\_\_\_\_      **¿Cuántos adultos tienen ingresos en el hogar?** \_\_\_\_\_

**Número de adultos que no tienen ingresos** \_\_\_\_\_      **Ingreso mensual bruto para todo el hogar** \_\_\_\_\_

**Fuente de ingresos**       Empleo       Pensión       Seguro Social con Medicare       Seguro Social sin Medicare  
 Disability       Desempleo       Manutención de los hijos       Ingresos por alquiler       Otro \_\_\_\_\_

**Ingresos de cada miembro adulto del hogar (Adulto #1)**  
 Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_  
 Cada 2 semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_  
 Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_  
 Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_

## New Jersey American Water Recertificación de Universal Affordability Discount Program

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #2, si es necesario)**

- Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_  
 Cada 2 semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_  
 Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_  
 Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_

**Si otros miembros del hogar tienen ingresos, utilice la última página de la solicitud.**

### INFORMACIÓN MISCELÁNEA

Número de teléfono \_\_\_\_\_  Móvil  Hogar     
 Número de teléfono \_\_\_\_\_  Móvil  Hogar

Acepto recibir mensajes de texto SMS relacionados con mi solicitud u otra asistencia para la que pueda ser elegible.

**¿Por qué necesitas ayuda?**   
  Médico/Salud   
  Desempleado   
  Reducción de horas/Cambio de empleo  
 Otro \_\_\_\_\_

**¿Cómo te enteraste de NJ SHARES?**   
  Referencia de la compañía de servicios públicos   
  Organización Comunitaria   
  Amigo  
 Funcionario   
  Alcance de NJS   
  Otro \_\_\_\_\_ electo

### INFORMACIÓN DE UTILIDADES

	<b>Número de cuenta de servicio público</b>	<b>Saldo de la factura de servicios públicos</b>
---	---	--

**LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD NO GARANTIZA LA ASISTENCIA. INCLUSO SI SE PROPORCIONA ASISTENCIA, ES MUY IMPORTANTE QUE SIGA HACIENDO PAGOS.**

#### VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN/DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN/DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD

*Al firmar, reconozco que soy el cliente registrado en mi(s) cuenta(s) de servicios públicos que figuran en esta solicitud. Por la presente, autorizo a mi(s) proveedor(es) de servicios públicos a divulgar la información de mi cuenta de cliente, incluido el uso y el historial de pagos, a NJ SHARES con el fin de procesar mi solicitud de NJ SHARES y monitorear el progreso de mi(s) cuenta(s) de servicios públicos. Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la subvención de NJ SHARES se acredite en mi(s) cuenta(s). Afirmo que la información del hogar y los ingresos proporcionados en esta solicitud es precisa y certifico que la información proporcionada es correcta.*

--	--

**Firma del solicitante**
**Fecha**

### SOLO PARA USO DE LA AGENCIA

--	--	--

**New Jersey American Water**  
**Recertificación de Universal Affordability Discount Program**

Fecha	Nombre del agente/representante	Nombre y ubicación de la agencia
-------	---------------------------------	----------------------------------

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #3, si es necesario)**

- Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_
- Cada 2 semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_
- Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #4, si es necesario)**

- Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_
- Cada 2 semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_
- Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #5, si es necesario)**

- Semanal – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 4: \$ \_\_\_\_\_
- Cada 2 semanas – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 3: \$ \_\_\_\_\_
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_ Cantidad 2: \$ \_\_\_\_\_
- Mensual – Cantidad 1: \$ \_\_\_\_\_