

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS**INFORMACIÓN DEL APLICANTE**

Primer nombre

Apellido

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE CORREO

Dirección

Apartamento / Unidad # / Piso (si aplica)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO

☐ Marque aquí si la dirección del servicio es la misma que la dirección postal anterior. Si son iguales, no llene los espacios en blanco a continuación.

Dirección

Apartamento / Unidad # / Piso (si aplica)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

**DEMOGRAFIA
INFORMACIÓN DEL JEFE DE HOGAR**

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

Estado civil del jefe de familia ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) / Divorciado(a) ☐ Viuda / Viudo

Edad del jefe de hogar ☐ 18-49 ☐ 50-59 ☐ 60+

¿Es el jefe de familia un veterano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Género del jefe de hogar ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐ Negarse a contestar

Raza del jefe de hogar ☐ Nativo de Alaska ☐ Indio americano ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano

☐ Raza mixta ☐ Nativo hawaiano ☐ Otro isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Negarse a contestar

Jefe de hogar origen étnico ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino ☐ Otro ☐ Negarse a contestar

Jefe de hogar otras características ☐ Ninguno ☐ Padre/Madre Soltero(a) ☐ Abuelo con niño

☐ Viudo(a) Otro _____

DEMOGRAFÍA

INFORMACIÓN DEL APLICANTE (Complete solo si el solicitante no es jefe de familia)

- Estado civil del solicitante** ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a)/Divorciado(a)
- Edad del solicitante** ☐ 18-49 ☐ 50-59 ☐ 60+
- ¿Es el solicitante un veterano de los Estados Unidos?** ☐ Sí ☐ No
- Viuda / Viudo Genero del solicitante** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐ Negarse a contestar Raza del solicitante
- ☐ Nativo de Alaska Indio americano ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Raza mixta ☐ Nativo hawaiano
- ☐ Otro isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Negarse a contestar
- Etnia del solicitante** ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino ☐ Otro ☐ Negarse a contestar
- Solicitante otras características** ☐ Ninguno ☐ Padre/Madre ☐ Abuelo con niño ☐ Viuda / Viudo soltero(a)
- ☐ Otro _____

INFORMACION DE RESIDENCIA

- ☐ Solicitante de 65+ ☐ El solicitante recibe SSD ☐ Alquilar ☐ Dueño
- ¿Alguien en el hogar ha solicitado el desempleo o la incapacidad temporal?** ☐ Sí ☐ No
- ¿Alguien en el hogar tiene una afección médica y depende de equipos médicos eléctricos?** ☐ Sí ☐ No
- ¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual?** _____
- ¿Cómo se calienta la residencia?** Gas ☐ Eléctrico ☐ Petróleo ☐ 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 _____

ASISTENCIA RECIBIDA

(Esta sección NO es obligatoria si solo se solicita el programa Veolia Cares)

- ¿Alguien en el hogar ha recibido asistencia durante el año en curso?** ☐ Sí ☐ No
- En caso afirmativo, seleccione toda la asistencia recibida de los programas que se enumeran a continuación y omita la sección Información de ingresos.**
- ☐ Affordable Connectivity Program (ACP) ☐ AQUA Aid Program
- ☐ Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) ☐ Lifeline Communications Program
- ☐ Lifeline Utility Assistance Program ☐ NJ American Water H2O Program ☐ NJ FamilyCare/Medicaid
- ☐ NJ SHARES Energy Assistance Grant ☐ NJ SMART Program ☐ NJ SHARES SMART Utility Assistance Program
- ☐ Supplemental Security Income (SSI) ☐ Universal Service Fund (USF) ☐ Veterans Pension
- ☐ Veterans Survivors Pension ☐ WorkFirst NJ - Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

INFORMACION DE INGRESOS

(Esta sección NO es obligatoria si solo se solicita el programa Veolia Cares)

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

Número de adultos que no tienen ingresos ____ (Complete el formulario en la última página para adultos sin ingresos).

Origen de ingresos ☐ Empleo ☐ Pensión ☐ Seguro Social con Medicare ☐ Seguro Social sin Medicare

☐ Deshabilitate ☐ Desempleo ☐ Manutención de los hijos ☐ Ingresos por alquiler ☐ Otro _____

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #1)

☐ Semanal – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Cantidad 4: \$ _____

☐ Cada dos 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 #2, si necesario)

☐ Semanal – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Cantidad 4: \$ _____

☐ Cada dos semanas – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____

☐ Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____

☐ Mensual – Cantidad 1: \$ _____

Si los miembros adicionales del hogar tienen ingresos, utilice la última página de la solicitud.

INFORMACIÓN VARIADA

Número de teléfono _____ ☐ Teléfono móvil ☐ Casa

Número de teléfono adicional _____ ☐ Teléfono móvil ☐ Casa

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

¿Por qué necesita ayuda? ☐ Salud médica ☐ Desempleados ☐ Horas reducidas / Cambio de empleo

☐ Otro _____

Lenguaje primario (si no es inglés) _____

¿Cómo se enteró de SHARES?

☐ Remisión de la empresa de servicios públicos

☐ Organización de la comunidad

☐ Amigo

☐ Funcionario electo

☐ Evento con SHARES

☐ Otro _____

INFORMACION DE UTILIDAD

¿Qué tipo de asistencia solicita? Seleccione todas las que correspondan

ENERGÍA				AGUA							
☐		☐		☐		☐		☐		☐	
☐		☐		☐							
☐		☐	Servicio Municipal de Electricidad _____			☐	Servicio Municipal de Agua _____				
						☐	Servicio Municipal de Alcantarillado _____				

Si está aprobado para el programa de descuento **New Jersey American Water Universal Affordability Discount Program**, ¿estaría interesado en inscribirse para recibir un kit de conservación de agua? ☐ Sí ☐ No

Nombre mostrado en la cuenta y número de cuenta de servicios públicos	Nombre mostrado en la cuenta y número de cuenta de servicios públicos	Nombre mostrado en la cuenta y número de cuenta de servicios públicos	Nombre mostrado en la cuenta y número de cuenta de servicios públicos
Balance de servicios públicos	Balance de servicios públicos	Balance de servicios públicos	Balance de servicios públicos
Fecha y cantidad del último pago	Fecha y cantidad del último pago	Fecha y cantidad del último pago	Fecha y cantidad del último pago
Fecha de cierre (si corresponde)	Fecha de cierre (si corresponde)	Fecha de cierre (si corresponde)	Fecha de cierre (si corresponde)

Si Atlantic City Electric fue seleccionada, por favor responda las siguientes preguntas:

- ¿Ha tenido una evaluación por parte de Atlantic City Electric para reemplazar su medidor? ☐ Sí ☐ No
- Respondio sí, ¿tiene un código de invitación? ☐ Sí ☐ No Respondio sí, ingrese el código aquí: _____

Si Jersey Central Power & Light fue seleccionada, por favor responda las siguientes preguntas:

- ¿Ha tenido una evaluación por parte de FirstEnergy para reemplazar su medidor? ☐ Sí ☐ No
- Respondio sí, ¿tiene un código de invitación? ☐ Sí ☐ No Respondio sí, ingrese el código aquí: _____

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

La información personal que proporciona al solicitar un programa de asistencia con SHARES se utiliza para facilitar una solicitud de asistencia. El envío de su información indica que ha leído y acepta lo siguiente:

Al firmar, certifico que la información proporcionada y adjunta a esta solicitud es verdadera, completa y correcta. Soy consciente y entiendo que si cualquier información contenida o adjunta a esta solicitud es deliberadamente falsa, estoy sujeto a enjuiciamiento penal. Entiendo que debo proporcionar la documentación requerida y cualquier documentación adicional solicitada dentro de los 10 días hábiles para continuar con el proceso de 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, el historial de pagos y la participación en otros programas de subvenciones de servicios públicos a SHARES con el fin de procesar mi solicitud de SHARES y monitorear el progreso de mi(s) cuenta(s) de servicios públicos. Entiendo que la información de esta solicitud puede compartirse para garantizar el acceso a todos los programas de asistencia para los que puedo ser elegible. Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la subvención de SHARES sea firmada.

LIBERACIÓN DE RECLAMACIONES

Además, entiendo que esta solicitud NO crea un contrato entre SHARES y yo, sino que se presenta para obtener asistencia financiera. Entiendo que es posible que la asistencia no se otorgue o que el destinatario no la acepte. Acepto que no presentaré un reclamo contra SHARES por no brindar asistencia bajo cualquier programa administrado por SHARES y por la presente libero cualquier reclamo contra SHARES relacionado de alguna manera con el procesamiento, verificación y administración de mi solicitud o la emisión de asistencia financiera.

Firma del solicitante

Fecha

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA

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

(Ingresos adicionales, si corresponde.)

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

- ☐ Semanal – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Cantidad 4: \$ _____
- ☐ Cada dos 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 necesario)

- ☐ Semanal – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Cantidad 4: \$ _____
- ☐ Cada dos 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 necesario)

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



Afirmación de Cero Ingresos

Esta página debe ser completada y firmada por el solicitante cuando haya miembros adultos del hogar sin ingresos. Esta sección NO es obligatoria si solo se solicita el programa Veolia Cares.

Afirmo que los siguientes miembros adultos del hogar tienen cero ingresos y no contribuyen a los gastos de mi hogar:

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____