

Veolia Water

Aplicación para residentes de Nueva York

Por favor, elige el programa Veolia Water al que te postulas (selecciona todos los que se presenten):

- Veolia Cares Program
 Veolia Water New York Water Affordability Program
 Veolia Water New York Arrears Relief Program

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

DEMOGRAFÍA 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/viuda 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
- ¿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 ES OBLIGATORIA SOLO SI SOLICITA VEOLIA NY WATER AFFORDABILITY PROGRAM)

- ¿El solicitante ha recibido asistencia durante el año en curso?** Sí No
- En caso afirmativo, seleccione toda la asistencia recibida de la lista de programas.**
- Bureau of Indian Affairs General Energy Efficiency Assistance Program (EEAP) Federal Lifeline Program
- Federal Public Housing Assistance Food Distribution Program on Indian Reservation
- Home Energy Assistance Program (HEAP) Medicaid Safety Net Assistance
- Supplemental Security Income (SSI) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Tribal Head Start
- Tribal Temporary Assistance to Needy Families Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
- Veteran's Pension Veteran's Survivor's Pension Utility affordability program
- Water Affordability Program (WAP)

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

Nombre del titular de la cuenta de servicios públicos y número de cuenta de servicios públicos
Balance de servicios públicos
Fecha y monto del último pago (Aplicable si solicita Veolia Cares Program)
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



203 Main Street
Ste. B, PMB #396
Flemington, NJ 08822
T: 866-657-4273
F: 609-883-6364
E: info@sharesnation.org