

Veolia Water
Aplicación para residentes de Pennsylvania**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 ☐ NoEstado civil del jefe de familia ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) / Divorciado(a) ☐ Viuda / ViudoEdad del jefe de hogar ☐ 18-49 ☐ 50-64 ☐ 65+¿Es el jefe de familia un veterano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ NoGénero del jefe de hogar ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐ Negarse a contestarRaza del jefe de hogar ☐ Nativo de Alaska ☐ Indio americano ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano☐ Raza mixta ☐ Nativo hawaiano ☐ Otro isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Negarse a contestarJefe de hogar origen étnico ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino ☐ Otro ☐ Negarse a contestarJefe 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 ☐ 50-64 ☐ 65+

¿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 _____ 50-64 Años _____ 65+ Años _____

INFORMACION DE INGRESOS

(ESTA SECCIÓN ES OBLIGATORIA SOLO SI SE SOLICITA VEOLIA WATER CUSTOMER ASSISTANCE PROGRAM)

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

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

Para cada miembro adulto del hogar de 18+ años, complete la sección de ingresos a continuación. Para adultos sin ingresos, complete la afirmación de ingresos cero en la página 5.

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.

Si está aprobado para el descuento mensual, ¿estaría interesado en inscribirse para recibir un kit de conservación de agua? ☐ Sí ☐ No

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 _____

INFORMACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS



Nombre del titular de la cuenta de servicios públicos y número de cuenta de servicios públicos

Saldo de la factura de servicios públicos

Fecha y monto del último pago (Aplicable si se solicita el programa Veolia Cares)

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 por el solicitante cuando hay miembros adultos del hogar de 18+ años sin ingresos y si solicita asistencia de Veolia Water Customer Assistance Program.

Yo, _____, afirmo que los siguientes miembros adultos del hogar tienen cero ingresos y no contribuyen a los gastos de mi hogar:

Nombre de aplicante

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido

--	--

Imprimir Nombre

Imprimir Apellido