203 Main Street
Ste. B, PMB #396
Flemington, NJ 08822
T: 888-942-8080

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 ☐ No

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

Edad del jefe de hogar ☐ 18-49 ☐ 50-64 ☐ 65+

¿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 _____

203 Main Street
Ste. B, PMB #396
Flemington, NJ 08822
T: 888-942-8080

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 soltero(a) ☐ Abuelo con niño ☐ Viuda / Viudo

☐ 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

☐ Deshabilite ☐ 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: $_____

203 Main Street
Ste. B, PMB #396
Flemington, NJ 08822
T: 888-942-8080

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 _____

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

Por favor, indique cualquier ayuda o prestación gubernamental que reciba tu hogar. _____

_____

INFORMACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

VEOLIA

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)	
¿Se ha emitido un aviso de cierre? ☐ Sí ☐ No	**¿Están tus servicios cortados actualmente? ☐Sí ☐No**
Por favor, indique los nombres de las otras compañías eléctricas que atienden a su hogar.	

203 Main Street
Ste. B, PMB #396
Flemington, NJ 08822
T: 888-942-8080

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: $_____

203 Main Street
Ste. B, PMB #396
Flemington, NJ 08822
T: 888-942-8080

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