

PROGRAMA DE WEATHERIZATION – APLICACION PARA LA LISTA DE ESPERA



Este programa sin costo esta disponible a todos los hogares que califiquen por ingreso en Jackson Y Josephine Counties. No tenemos asistencia de emergencia disponible en nuestro programa. La lista de espera es bastante grande, personas en la tercera edad o deshabilitadas pueden esperar asta 3 anos, si no es uno de los mencionados pueden esperar mucho mas (el tiempo dado anteriormente es solo una calculcion). Esta aplicacion debe ser llenada completamente o sera regresada al aplicante. Un hogar solo puede recibir asistencia un vez.

Los aplicantes tienen que atender una clase de energia de 90-minutos **dentro de 30 dias** despues de que recibamos su aplicacion o su nombre no sera puesto en la lista de espera. Nuestros empleados se comunicaran con ustedes cuando revisemos esta aplicacion para planificar una fecha y tiempo. Si se le es imposible participar dentro de 30 dias por cualquier rason porfavor comuniquese con El Programa De Educacion De Energia al numero 779-6691 ext. 360 para aser un areglo alternativo.

| | | | | |
|--------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Nombre Completo | Tipo (Circule un abajo) | Calenton Principal | Segundo Calenton | El hogar esta a su nombre? |
| Direccion Fisica | Casa Mobible | Electrico | Electrico | Si (dueno) |
| Direccion de Coreo | Apartamento/Duplex | Gas | Gas | |
| Numero de Telefono | Casa regular | Otro | Otro | No (renta) |

Porfavor nombre **todos los miembros en el hogar (incluyendose usted)**. Circule si el miembro de la familia es de la tercera edad, 60 anos o mas (**SR**), deshabilitado (**DIS**) o es MENOR de 7 anos de edad (<7) **Ingreso de todos los miembros en el hogar deben ser indicados cuando apliquen para esta asistencia.** Escriba la cantidad en bruto (antes de deductibles) de los ingresos mensuales, quien recibe estos ingresos y de donde (trabajo, seguro social, mantenimiento...).

| Meimbro en la Familia (Apellido, Nombre) | Relacion al Cliente | Numero de Seguro Social | Fecha de nacimiento | Sexo | Ingreso del mes (en bruto) | | | Recurso de Ingreso |
|---|------------------------|----------------------------|------------------------|------|--------------------------------|-----|----|--------------------|
| | | | | | SR | DIS | <7 | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | |

Marke la caja si hay miembros adicionales, escribalos atras de la hoja

Alguna persona en su hogar a aplicado/recibido, asistencia de energia? _____ Cuando? _____

Si usted esta comprando o rentando, y el hogar NO esta a su nombre, llene lo siguiente:

Nombre legal de el dueno: _____ # de telefono: _____

Direccion: _____

CLIENT DISCLAIMER: Al firmar esta forma yo confirmo que la informacion dada anterior es completa y precisa a todo mi conocimiento. Autorizo por este medio el lanzamiento de toda la información personal y expedientes, financiero o recogido de otra manera de este uso a la cubierta de Oregon y departamento de los servicios comunitarios, sus agentes, y las garantías del submarino. Para cualquier propósito legítimo incluyendo, pero no limitado al propósito de decidir la elegibilidad para cualesquiera y todos los programas de ayuda para uso general disponibles y para la información se asoció a esos programas de ayuda.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Envie la aplicacion a la direccion ACCESS, Inc Weatherization Programs PO BOX 4666 Medford, OR 97501

PARA USO DE LA OFICINA : FECHA EN QUE SE RECIBIO LA APLICACION _____ QUIEN _____

PROGRAMA DE WEATHERIZATION – APLICACION PARA LA LISTA DE ESPERA

| Meimbro en la Familia (Apellido, Nombre) | Relacion al Cliente | Numero de Seguro Social | Fecha de nacimiento | Sexo | | | | Ingreso del mes (en bruto) | Recurso de Ingreso |
|---|------------------------|----------------------------|------------------------|------|----|-----|----|--------------------------------|--------------------|
| | | | | | SR | DIS | <7 | | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | | |
| | | | | | SR | DIS | <7 | | |

Envie la aplicacion a la direccion ACCESS, Inc Weatherization Programs PO BOX 4666 Medford, OR 97501

PARA USO DE LA OFICINA : FECHA EN QUE SE RECIBIO LA APLICACION _____ QUIEN _____