

# PROGRAMA DE WEATHERIZATION – APLICACION PARA LA LISTA DE ESPERA



*Helping People Help Themselves*

Este programa sin costo está disponible a todos los hogares que califiquen por ingreso en el condado de Jackson. **No tenemos** asistencia de emergencia disponible en nuestro programa. Personas en la tercera edad o deshabilitadas pueden esperar hasta 3 años, o mucho mas (el tiempo dado anterior es solo un presupuesto).

**Esta solicitud debe ser totalmente completada e incluir lo siguiente.**

**COPIA de cuenta con Pacific Power y de Avista, Contrato de Alquiler, y prueba si es usted Veterano.**

**Se devolverán solicitudes INCOMPLETAS.**

Nombre Completo	
Dirección Física	
Dirección de Coreo	Numero de Teléfono

En qué tipo de hogar vive? (Ejemplo: Casa Movable, Apartamento, Casa regular)	Calentón Principal	Calentón Secundario	Es usted el propietario legal?

Por favor nombre todos los miembros en el hogar (incluyéndose usted). Ingreso de todos los miembros en el hogar deben ser indicados cuando apliquen para esta asistencia. Escriba la cantidad en bruto (antes de reductibles) de los ingresos mensuales, quien recibe estos ingresos y de donde (trabajo, seguro social, manutención...).

Miembros en el hogar (Apellido, Nombre)	Relación al Cliente	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo	Ingreso mensual (En bruto)	Recurso de Ingreso	Veterano o Deshabilitado

Alguna persona en su hogar a aplicado/recibido, asistencia de energía? \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo ha estado en esta dirección? \_\_\_\_\_

Nombre legal del dueño: \_\_\_\_\_

# De telefono: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

**CLIENT DISCLAIMER:** Al firmar esta forma yo confirmo que la información dada anterior es complete 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 legitimo incluyendo, pero no limitado al propósito de decidir la elegibilidad para cualesquiera y todos los programas de ayuda para uso general disponible y para la información se asocio a esos programas de ayuda.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Enví la aplicación a la dirección **ACCESS, Inc Weatherization Programs PO BOX 4666 Medford, OR 97501**