



DEL NORTE LIHEAP

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE UTILIDAD



Gracias por su interés en solicitar ayuda con sus costos de servicios públicos. Para que podamos procesar su solicitud, es importante que proporcione todo lo que se enumera a continuación. Toda la documentación debe estar actualizada dentro de los seis (6) semanas anteriores a su solicitud.

Correo o entrega de la solicitud completada: Del Norte Senior Center (DNSC), 1765 Northcrest Drive, Crescent City, CA 95531. Para preguntas, llame al (707) 464-3069

PARA SOLICITAR ASISTENCIA, DEBE PROPORCIONAR TODO LO SIGUIENTE

<input type="checkbox"/> Solicitud DNSC completada	
<input type="checkbox"/> Demografía del hogar completada para todos los miembros del hogar <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Declaración de responsabilidad de la utilidad	
<input type="checkbox"/> Verificación de ingresos Los adultos sin ingresos deben completar una Certificación de Ingresos y Gastos	
Ejemplos: Talones de cheque de pago que muestran los ingresos de los últimos 30 días	
Cartas de adjudicación del Seguro Social/SSI para el año en curso	
Verificación de beneficios para ayuda en efectivo de CalWorks	
Estados de ingresos de jubilación que muestran pagos mensuales o anuales	
Documentación de ingresos por cuenta propia u otros ingresos	
<input type="checkbox"/> Identificación con foto emitida por el gobierno para adultos. <input type="checkbox"/>	No envíe originales por correo. Envíe copias por correo o traiga tarjetas a DNSC para copiarlas. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Factura de servicios públicos de electricidad más reciente	
<input type="checkbox"/> Facturas más recientes de madera, propano u otro combustible para calefacción	
<input type="checkbox"/> Aplicación Pacific Power C.A.R.E.	

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL: NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia Energética domiciliaria (HEAP). AUTORIDAD: Código de Gobierno Sección 16367.6 (a) Nombra a CSD como la agencia responsable de administrar HEAP. PROPÓSITO: La información que proporcione se utilizará para decidir si es elegible para un pago LIHEAP y / o servicios de climatización. DAR INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe proporcionar toda la información requerida. OTRA INFORMACIÓN: CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual del Ingreso Medio Estatal del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Pautas Federales de Pobreza por Ingresos, para determinar la elegibilidad del programa. Durante el procesamiento de la solicitud, es posible que el subcontratista designado de CSD deba pedirle más información para decidir su elegibilidad para uno o ambos programas. ACCESO: El subcontratista designado de CSD conservará su solicitud completa y otra información, si se utiliza, para determinar su elegibilidad. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contienen información sobre usted. CSD no discrimina en la prestación de servicios por motivos de raza, credo religioso, color, origen nacional, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.



DEL NORTE LIHEAP

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE UTILIDAD



REGRESO A: 1765 NORTHCREST DRIVE, CRESCENT CITY, CA 95531 ☐

Nombre del solicitante		Int. Medio.	Apellido ☐	
Solicitante seguro social No. ☐	Fecha de nacimiento	Teléfono ☐	<input type="checkbox"/> Solo mensaje	Correo electrónico
Nombre del cónyuge/otro miembro adulto de casa		Int. Medio.	Apellido	
Servicio/Dirección Postal (No utilice apartado postal) <input type="checkbox"/> Viví aquí hace 12 meses.				Número de unidad
Ciudad de servicio ☐	Condado de Servicio	Estado del servicio	Código postal del servicio	
	Del Norte	CA		
Dirección postal <input type="checkbox"/> Compruebe si es igual que la dirección de servicio / calle				Número de unidad
Ciudad de correo	Condado de envío	Estado de envío	Código postal de envío ☐	

INFORMACIÓN DEL HOGAR

<p>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR</p> <p>Introduzca el número de personas que: ☐</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>2 años o menos</td><td></td></tr> <tr><td>Edades 3 - 5 años</td><td></td></tr> <tr><td>Edades 6 - 18 años ☐</td><td></td></tr> <tr><td>Edades 19 - 59 ☐</td><td></td></tr> <tr><td>60 años o más ☐</td><td></td></tr> <tr><td>TOTAL DE PERSONAS EN HH</td><td></td></tr> </table> <p>DEMOGRAFÍA DE LOS HOGARES</p> <p>Introduzca el número de personas que: ☐</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Deshabilitado</td><td></td></tr> <tr><td>Indio</td><td></td></tr> <tr><td>Habla inglesa limitada</td><td></td></tr> <tr><td>Trabajador agrícola estacional o migrante</td><td></td></tr> </table>	2 años o menos		Edades 3 - 5 años		Edades 6 - 18 años ☐		Edades 19 - 59 ☐		60 años o más ☐		TOTAL DE PERSONAS EN HH		Deshabilitado		Indio		Habla inglesa limitada		Trabajador agrícola estacional o migrante		<p>INGRESOS</p> <p>¿Cuántas personas en el hogar reciben ingresos? <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>ingrese el ingreso mensual total (antes de impuestos) para todas las personas en el hogar:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>TANF</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>SSI/SSP</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>SSA/SSDI</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Cheque(s) de pago</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Desempleo</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Pensión</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Trabajo por cuenta propia</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Otra cosa</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>TOTALES</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> </table>	TANF	\$	SSI/SSP	\$	SSA/SSDI	\$	Cheque(s) de pago	\$	Desempleo	\$	Pensión	\$	Trabajo por cuenta propia	\$	Otra cosa	\$	TOTALES	\$	<p>TIPO DE VIVIENDA</p> <p><input type="checkbox"/> Casa Unifamiliar</p> <p><input type="checkbox"/> Casa rodante</p> <p><input type="checkbox"/> Dúplex/Complejo de apartamentos con menos de 4 unidades.</p> <p><input type="checkbox"/> Complejo de apartamentos con más de 4 unidades.</p> <p><input type="checkbox"/> Otra cosa</p> <p>ARREGLO DE VIVIENDA</p> <p><input type="checkbox"/> Poseer <input type="checkbox"/> Alquilar</p> <p><input type="checkbox"/> Otra cosa</p>
2 años o menos																																								
Edades 3 - 5 años																																								
Edades 6 - 18 años ☐																																								
Edades 19 - 59 ☐																																								
60 años o más ☐																																								
TOTAL DE PERSONAS EN HH																																								
Deshabilitado																																								
Indio																																								
Habla inglesa limitada																																								
Trabajador agrícola estacional o migrante																																								
TANF	\$																																							
SSI/SSP	\$																																							
SSA/SSDI	\$																																							
Cheque(s) de pago	\$																																							
Desempleo	\$																																							
Pensión	\$																																							
Trabajo por cuenta propia	\$																																							
Otra cosa	\$																																							
TOTALES	\$																																							

¿Usted o alguien en su hogar ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE CalFresh (cupones de alimentos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Usted o alguien en su hogar ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE CalWorks (Ayuda en Efectivo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

POR FAVOR COMPLETE Y FIRME LA PÁGINA 3

DEL NORTE LIHEAP - SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS PÁGINA 3				
SERVICIOS ELÉCTRICOS: DEBE ENVIAR UNA COPIA DE SU FACTURA MÁS RECIENTE				
¿Todo eléctrico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Energía del Pacífico <input type="checkbox"/> Incluido en alquiler/submedido	<input type="checkbox"/> Solar/Fuera de la red <input type="checkbox"/> Ninguno/Otro	
Número de cuenta		Nombre del cliente en la factura de servicios públicos:		
¿Tiene una cantidad vencida?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Se le corta la electricidad?	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
COMBUSTIBLE PARA CALEFACCIÓN DEL HOGAR: ENVÍE UNA COPIA DE SU FACTURA / RECIBO MÁS RECIENTE				
¿Qué ayuda está solicitando? (SÓLO 1)		¿Tienes alguna otra fuente de calor?		¿Estás ahora sin combustible?
<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Pelotillas <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Troncos Fabricados		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Pelotillas <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Troncos Fabricados <input type="checkbox"/> Calentador		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
				¿Cuántos días quedan?
Si utiliza combustible para calefacción doméstica no eléctrico, complete lo siguiente:				
¿Dónde se compra combustible para calefacción?	Número de cuenta	En un mes, uso sobre:	Importe	Unidades
SOLO USO DOMÉSTICO: Entiendo y reconozco que cualquier ayuda que reciba es solo para el uso de calefacción en el hogar de mi hogar calificado. Cualquier otro uso es fraude. Puedo estar sujeto a arresto, enjuiciamiento y / o reembolso del costo total de los servicios recibidos si vendo, regalo, comercializo o uso indebidamente cualquiera de los combustibles para calefacción del hogar que recibo.				
CONSENTIMIENTO / VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: La información en esta solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para la asistencia. Mi firma da su consentimiento a CSD, sus contratistas y consultores, otras agencias federales o estatales, y a mi(s) compañía(s) de servicios públicos y sus contratistas para compartir información sobre la cuenta de servicios públicos de mi hogar, el uso de energía y / u otra información con el fin de proporcionarme servicios y coordinar, mejorar y reducir los costos de los servicios bajo estos programas. Entiendo que este consentimiento será efectivo durante el período que comienza 24 meses antes y continúa durante 36 meses después de la fecha firmada, a menos que yo revoque lo contrario por escrito. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información en esta solicitud es verdadera, correcta y que los fondos recibidos se utilizarán únicamente con el propósito de pagar mis costos de servicios públicos.				
APELACIÓN: Entiendo que si mi solicitud de beneficios o servicios es denegada, o si recibo una respuesta inoportuna o un desempeño insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito con el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará a más tardar 15 días después de que se reciba la apelación. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor de servicios local, puedo apelar ante el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de conformidad con el Título 22, código de regulaciones de California, sección 100805.				
Firma del solicitante		Fecha	Firma del testigo (si está firmada con una X)	



DEL NORTE LIHEAP PROGRAMA DE ENERGÍA



INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Se solicita la siguiente información para ayudarnos a servir mejor a la comunidad. Utilizamos esta información para obtener más información sobre las personas que necesitan nuestros servicios. También podemos usar esta información para ofrecer a su familia una referencia a otros servicios que pueden ser de beneficio para usted. Su información es confidencial. Nunca informaremos, publicaremos o compartiremos su información individual fuera del programa para el que está solicitando sin su permiso. Proporcione la siguiente información para cada miembro de su hogar. Gracias.

POR FAVOR TRAIGA LA FORMA COMPLETADO CON USTED A SU CITA

SOLICITANTE

El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante: Mismo/Misma
Nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/Europeo <input type="checkbox"/> Nativo Am/Alaskan <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Am		¿Hispano/Latino?
El Sexo :	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nivel de educación:	<input type="checkbox"/> 0-8th Grado <input type="checkbox"/> 9th to 12th Grado <input type="checkbox"/> HS Graduado/GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Grado de Universidad		
¿Esta persona tiene seguro de salud?	Marque todas las <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Limitado de Habla Inglés <input type="checkbox"/> Granjero(a)		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro/Privado	que aplican: <input type="checkbox"/> Trabajadores Agrícolas <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Sestacional		

MIEMBRO DEL HOGAR 1

El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante:
Nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/Europeo <input type="checkbox"/> Nativo Am/Alaskan <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Am		¿Hispano/Latino?
El Sexo :	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nivel de educación:	<input type="checkbox"/> 0-8th Grado <input type="checkbox"/> 9th to 12th Grado <input type="checkbox"/> HS Graduado/GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Grado de Universidad		
¿Esta persona tiene seguro de salud?	Marque todas las <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Limitado de Habla Inglés <input type="checkbox"/> Granjero(a)		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro/Privado	que aplican: <input type="checkbox"/> Trabajadores Agrícolas <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Sestacional		

MIEMBRO DEL HOGAR 2

El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante:
Nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/Europeo <input type="checkbox"/> Nativo Am/Alaskan <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Am		¿Hispano/Latino?
El Sexo :	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nivel de educación:	<input type="checkbox"/> 0-8th Grado <input type="checkbox"/> 9th to 12th Grado <input type="checkbox"/> HS Graduado/GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Grado de Universidad		
¿Esta persona tiene seguro de salud?	Marque todas las <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Limitado de Habla Inglés <input type="checkbox"/> Granjero(a)		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro/Privado	que aplican: <input type="checkbox"/> Trabajadores Agrícolas <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Sestacional		

MIEMBRO DEL HOGAR 3

El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante:
Nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/Europeo <input type="checkbox"/> Nativo Am/Alaskan <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Am		¿Hispano/Latino?
El Sexo :	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nivel de educación:	<input type="checkbox"/> 0-8th Grado <input type="checkbox"/> 9th to 12th Grado <input type="checkbox"/> HS Graduado/GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Grado de Universidad		
¿Esta persona tiene seguro de salud?	Marque todas las <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Limitado de Habla Inglés <input type="checkbox"/> Granjero(a)		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro/Privado	que aplican: <input type="checkbox"/> Trabajadores Agrícolas <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Sestacional		

MIEMBRO DEL HOGAR 4

El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante:
Nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/Europeo <input type="checkbox"/> Nativo Am/Alaskan <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Am		¿Hispano/Latino?
El Sexo :	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nivel de educación:	<input type="checkbox"/> 0-8th Grado <input type="checkbox"/> 9th to 12th Grado <input type="checkbox"/> HS Graduado/GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Grado de Universidad		
¿Esta persona tiene seguro de salud?	Marque todas las <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Limitado de Habla Inglés <input type="checkbox"/> Granjero(a)		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro/Privado	que aplican: <input type="checkbox"/> Trabajadores Agrícolas <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Sestacional		



DEL NORTE LIHEAP

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS



Este formulario debe completarse si un hogar está pidiendo asistencia y uno o más miembros adultos del hogar no tienen comprobante de ingresos o afirman que tienen cero ingresos. El Estado de California requiere que los hogares solicitantes informen todas las fuentes de ingresos.

Todos los miembros adultos del hogar han presentado pruebas de ingresos. No es necesario que complete este formulario.
 Uno o más miembros adultos del hogar no tienen ningún ingreso. Por favor, rellene el siguiente formulario para cada uno.

Información del solicitante	
Nombre:	
Dirección:	

Sección 1: Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar?					
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido dinero por cualquier trabajo que se realiza sólo de vez en cuando, como trabajaren el jardín, cuidado de niños, la donación de sangre, etc?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido algún regalo de dinero? Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre y número de teléfono de la persona que le entregó el regalo:			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		Compensación de Trabajadores	Desempleo	Programa del Gobierno	Manutención de los hijos
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		Pago de anualidades	Pensión	Pagos de casino tribal	Ingresos por alquiler
					Beneficios del seguro

Sección 2: Está gastando sus ahorros o dinero prestado para cubrir sus gastos mensuales?		
SÍ	NO	Está utilizando ahorros o un préstamo con garantía hipotecaria? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está utilizando algún otro activo (dinero)? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de las tarjetas de crédito? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de alguna otra fuente? Cuánto? _____

Sección 3: Por favor, díganos cómo usted pagó estos gastos mensuales durante los meses anteriores:			
GASTOS	GASTOS MENSUALES	CÓMO EL GASTO HA SIDO PAGADO?	SI ALGUIEN PAGA POR SUS GASTOS, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
Alquiler o Hipoteca	\$		Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
Facturas de servicios públicos	\$		Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
Alimentos	\$		Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

Sección 4: Si nada de lo anterior se aplica a usted, por favor explique cómo sus gastos mensuales se pagan:

Firma:
 Al firmar este formulario, yo afirmo que yo creo que estos hechos son exactos y veraces. Doy al Proveedor de Servicios mi permiso para verificar esta información y puedo ser responsable bajo la ley federal o estatal por dar declaraciones falsas o fraudulentas.

Firma del solicitante
Fecha



DEL NORTE LIHEAP UTILITY RESPONSIBILITY STATEMENT



APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE

M.I.

DIRECCIÓN DE SERVICIO

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

La **factura de ELECTRIC** en la dirección anterior es:

- En mi nombre.
- En nombre de otra persona: _____ Esta persona es mi _____
 - Debo pagar el monto total de la factura de servicios públicos cada mes.
- Incluido en mi alquiler o subconsultado por mi arrendador. Su arrendador debe firmar este formulario.

El monto de mi alquiler que cubre los servicios públicos, o que está por debajo del medidor para este mes es \$ _____

Firma del arrendador

Fecha

Dirección

Número de teléfono

Autorización y consentimiento del cliente de servicios públicos de registro (si no es el solicitante)

Al firmar a continuación, reconozco y autorizo a mi compañía de servicios públicos, al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de California y a CSD Socios a divulgar a pedido y / o recibir información sobre los registros de facturación de mi compañía de servicios públicos, nombre de cuenta, dirección de servicio, historial de facturación, saldos de cuentas, datos históricos y futuros de uso y consumo de energía e información sobre la climatización de la vivienda exclusivamente con el fin de procesar la asistencia de la factura de servicios públicos y emergencias. pagos y para recopilar datos sobre el impacto de los servicios en el consumo de energía y los costes. Esta Autorización permanecerá vigente por hasta 36 meses a menos que se revoque por escrito.

Firma del cliente en la factura de servicios públicos

Fecha

- Verifique aquí si el cliente en la factura de servicios públicos es inalcanzable para la firma.

Certifico que toda la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Soy consciente de que la falsificación deliberada y consciente de la información puede dar lugar a un proceso penal. Soy el único persona en mi hogar que ha solicitado Asistencia Energética.

Firma del solicitante

Fecha

