

SERVICIOS DE EXTENSIÓN DE DOBLE MONTAÑA
CENTRO DE DESARROLLO DE PEQUEÑAS EMPRESAS DE ASPERMONT, INC.
9660 U.S. 83 SUR ASPERMONT, TX 79502
Teléfono: (940) 989-3538, Fax: (940) 989-3445

SITIO WEB: www.doublemountainservices.com

Estimado solicitante:

Adjunto encontrará una solicitud de asistencia del Centro de Desarrollo de Pequeñas Empresas de Aspermont, Inc. (**Servicios de Extensión de Doble Montaña**). Complete esta solicitud y devuélvala a la dirección anterior:

ASEGÚRESE DE QUE ESTA APLICACIÓN:

1. Está firmado y fechado.
2. Proporciona un número de teléfono que funcione.
3. Incluye copias de los siguientes artículos: **POR FAVOR** no envíe originales que pueda necesitar más adelante.
4. Se llena por completo. **No deje espacios en blanco. Responde a todas y cada una de las preguntas.**

Si no se completa la solicitud o no se presentan los artículos en el cuadro a continuación, se producirán retrasos en el proceso de determinación de elegibilidad. Si no tiene todos los elementos necesarios para presentar la solicitud, llame a DMOS al (940) 989-3538 para que que podemos ayudarte **antes** de que devuelvas la solicitud.

SÍRVASE PROPORCIONAR:

- 1. Identificación con foto de todas las personas mayores de 18 años en el hogar.** (Licencia de conducir, tarjeta de identificación emitida por el gobierno, etc.)
- 2. Prueba de ciudadanía estadounidense para todos los miembros del hogar:** (Certificados de nacimiento, pasaporte de EE. UU., Tarjeta verde, Certificación de naturalización, Certificado de solicitante de asilo)
- 3. Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar.**
- 4. Comprobante de todos y cada uno de los ingresos del hogar durante los 30 días anteriores para cada adulto (mayor de 18 años).** Se requieren talones de cheques de pago o impresiones de nómina para los empleados. Se requieren declaraciones/cartas de adjudicación para el Seguro Social, SSI, TANF, pensiones de jubilación, beneficios de desempleo y pagos de veteranos (se necesitan todos y cada uno de los tipos de comprobantes de ingresos).
- 5. PRUEBA DE MANUTENCIÓN DE MENORES DEL PROCURADOR GENERAL DE TEXAS:** NO envíe documentos de audiencia de divorcio o custodia de menores. Envíe un estado de cuenta de la Procuraduría General (los obtiene en línea). **MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS EN EFECTIVO:** Si recibe pagos en efectivo directamente de los padres de su hijo, tiene que declararlo utilizando un estado de cuenta que le proporcionaremos. Llámenos si no se incluyó uno con la aplicación.
- 6. COPIA DE LAS FACTURAS MENSUALES DE ELECTRICIDAD, GAS O PROPANO (todas las páginas, anverso y reverso).** Si tiene un aviso de desconexión, envíelo también, pero un aviso de desconexión NO es un sustituto de una factura mensual. **ENVIARNOS UNA COPIA DE SUS FACTURAS MENSUALES VENCIDAS/ACTUALES NO ES UNA OPCIÓN, ES OBLIGATORIO.** Si está en 'facturación electrónica', AÚN debe proporcionarnos una copia de su factura mensual (puede enviarla por correo electrónico). Las solicitudes que no contengan copias de la factura/estado de cuenta/factura de servicios públicos actual/vencida se considerarán automáticamente como 'incompletas'.

Monto del alquiler: \$ _____ por mes **¿Están incluidos los servicios públicos de electricidad o gas?**

Sí No

Nombre del arrendador: _____ **Teléfono:** _____

Dirección del propietario: _____

EQUIPO MÉDICO: ¿Tiene equipo médico de soporte vital (eléctrico) en su hogar? Algunos ejemplos serían las máquinas de diálisis renal, los concentradores de oxígeno o los monitores cardíacos, etc. **Encierra en un círculo tu respuesta: SI o NO**

CON RESPECTO A ALGUIEN QUE VIVE EN SU HOGAR CON UNA CONDICIÓN MÉDICA: ¿Un profesional médico ha recetado que la temperatura/clima en su hogar se mantenga a un cierto nivel, debido a la condición médica? **CÍRCULO: SI o NO**

Fecha de envío por correo: _____ Propósito: _____

Información de regreso: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA INDIVIDUAL: **Haga una lista de todas las personas (incluyéndolo a usted)** que viven en el hogar y responda cada pregunta sobre ellas. **SIN ESPACIOS EN BLANCO.**

<p>NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR</p> <p>Y, por favor, asegúrese de Poner lo que el <u>RELACIÓN</u> es con el Solicitante</p> <p>(yo, cónyuge, pareja, hijo, nieto, hijastro, hijo adoptivo, primo, hermano, sobrina, sobrino, tío, tía, padre, novio, novia o prometida, etc.)</p>	<p>Social</p> <p>Seguridad</p> <p>Número:</p>	<p>EDA</p> <p>D:</p>	<p>Fecha de Nacimiento:</p>	<p>G</p> <p>E</p> <p>N</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>R</p>	<p>Raza:</p> <p>1. Indio Amer o nativo de Alaska 2. Asiático 3. Negro/Afr. Americano 4. Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico 5. Blanco 6. Otro 7. Multirraza</p>	<p>Grupo étnico:</p> <p>1. Origen hispano, latino o español</p> <p>2. NO son de origen hispano, latino o español</p>	<p>Nivel educativo COMPLETADO:</p> <p>1. Grado 0-8 2. Grados 9-12 3. Graduado de HS 4. GED 5. 12º grado + algo de universidad/oficio 6. 2 o 4 años Título universitario 7. Maestría</p>	<p>Estatus militar:</p> <p>1. Activo 2. Veterano 3. Nunca Servido</p>	<p>Deshabilitado:</p> <p>Sí</p> <p>O</p> <p>No</p>	<p>Enumere el <u>TIPO</u> de seguro de salud que tiene cada miembro. NO ANOTE EL NOMBRE DE SU EMPRESA DE INS., SOLO EL TIPO DE INS. Si un miembro no tiene ninguno, ponga "ninguno".</p> <p>Medicaid, Medicare, CHIPS, Informes de Salud Estatales para Adultos, Militares, Basados en el Empleador o desde healthcare.gov mercado web</p>

ESTADO LABORAL E INFORMACIÓN DE INGRESOS PARA ADULTOS (18+ AÑOS) RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS SOBRE CADA ADULTO (Sin espacios en blanco).

<p>Nombre del miembro del hogar:</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 horas + por semana) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (menos de 30 horas por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleados menos de 6 meses. <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola de temporada</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses. <input type="checkbox"/> Jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> Fuera de la fuerza laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: Explique _____</p>	<p>Nombre del miembro del hogar:</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 horas + por semana) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (menos de 30 horas por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleados menos de 6 meses. <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola de temporada</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses. <input type="checkbox"/> Jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> Fuera de la fuerza laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: Explique _____</p>
<p>Tipo de ingreso:</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión de jubilación de la SS</p> <p><input type="checkbox"/> Compensación al trabajador de SSI</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo de SSDI</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión en efectivo del VA Manutención de los hijos (monto de \$_____)</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad de VA Att. Gen. Manutención de los Hijos</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero en efectivo Trabajos ocasionales Trabajador por cuenta propia</p> <p><input type="checkbox"/> TANF sin ingresos</p> <p>Otros: Explique _____</p>	<p>Tipo de ingreso:</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión de jubilación de la SS</p> <p><input type="checkbox"/> Compensación al trabajador de SSI</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo de SSDI</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión en efectivo del VA Manutención de los hijos (monto de \$_____)</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad de VA Att. Gen. Manutención de los Hijos</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero en efectivo Trabajos ocasionales Trabajador por cuenta propia</p> <p><input type="checkbox"/> TANF sin ingresos</p> <p>Otros: Explique _____</p>

<p>Beneficios no monetarios:</p> <p><input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos)</p> <p><input type="checkbox"/> WIC (en inglés)</p> <p><input type="checkbox"/> Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (healthcare.gov/Health Ins. Marketplace)</p> <p><input type="checkbox"/> Subsidio para el cuidado de niños/guardería</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda Pública (de la Autoridad de Vivienda)</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Asistencia para la Vivienda</p> <p style="padding-left: 20px;">Explicar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros explican: _____</p>	<p>Beneficios no monetarios:</p> <p><input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos)</p> <p><input type="checkbox"/> WIC (en inglés)</p> <p><input type="checkbox"/> Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Mercado de healthcare.gov/Health Ins.)</p> <p><input type="checkbox"/> Subsidio para el cuidado de niños/guardería</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda Pública (de la Autoridad de Vivienda)</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Asistencia para la Vivienda</p> <p style="padding-left: 20px;">Explicar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros explican: _____</p>
<p>Descripciones para el estado laboral: "<u>Jubilado</u>" generalmente significa una persona mayor cuya carrera laboral ha terminado y generalmente reciben una pensión privada, Seguro Social, etc. "<u>No en la fuerza laboral</u>" significa alguien que no está trabajando por ningún período de tiempo y no está buscando trabajo, como un estudiante, ama de casa, trabajo familiar no remunerado, etc.</p> <p>"<u>Desempleado a largo o corto plazo</u>" significa alguien que está buscando trabajo activamente. Llame a DMOS si tiene preguntas sobre el estado laboral, los ingresos o cualquier cosa anterior.</p>	
<p>INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO ADULTO: ¿Hay un adulto en el hogar que recibe ingresos en nombre de un niño en el hogar? ____ Sí ____ No</p> <p>En caso afirmativo, ¿para qué hijo y qué tipo de ingresos? Ejemplos podrían ser SSI, beneficios por fallecimiento de SS para un padre fallecido/discapacidad, etc.</p> <p>Detalles: _____</p>	

ESTADO LABORAL E INFORMACIÓN DE INGRESOS PARA ADULTOS (18+ AÑOS) RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS SOBRE CADA ADULTO (Sin espacios en blanco).

<p>Nombre del miembro del hogar:</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 horas + por semana) Tiempo parcial (menos de 30 horas por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleados menos de 6 meses. Trabajador agrícola de temporada</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses. <input type="checkbox"/> Jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> Fuera de la fuerza laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: Explique _____</p>	<p>Nombre del miembro del hogar:</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 horas + por semana) Tiempo parcial (menos de 30 horas por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleados menos de 6 meses. Trabajador agrícola de temporada</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses. <input type="checkbox"/> Jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> Fuera de la fuerza laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: Explique _____</p>
--	--

<p>Tipo de ingreso:</p> <input type="checkbox"/> Pensión de jubilación de la SS <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador de SSI <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo de SSDI <input type="checkbox"/> Pensión en efectivo del VA Manutención de los hijos (monto de \$ _____) <input type="checkbox"/> Discapacidad de VA Att. Gen. Manutención de los Hijos <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo trabajos ocasionales Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> TANF sin ingresos Otros: Explique _____	<p>Tipo de ingreso:</p> <input type="checkbox"/> Pensión de jubilación de la SS <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador de SSI <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo de SSDI <input type="checkbox"/> Pensión en efectivo del VA Manutención de los hijos (monto de \$ _____) <input type="checkbox"/> Discapacidad de VA Att. Gen. Manutención de los Hijos <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo trabajos ocasionales Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> TANF sin ingresos Otros: Explique _____
<p>Beneficios no monetarios:</p> <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (en inglés) <input type="checkbox"/> Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Mercado de healthcare.gov/Health Ins.) <input type="checkbox"/> Subsidio para el cuidado de niños/guardería <input type="checkbox"/> Vivienda Pública (de la Autoridad de Vivienda) <input type="checkbox"/> Otra Asistencia para la Vivienda Explicar: _____ <input type="checkbox"/> Otros explican: _____	<p>Beneficios no monetarios:</p> <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC (en inglés) <input type="checkbox"/> Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Mercado de healthcare.gov/Health Ins.) <input type="checkbox"/> Subsidio para el cuidado de niños/guardería <input type="checkbox"/> Vivienda Pública (de la Autoridad de Vivienda) <input type="checkbox"/> Otra Asistencia para la Vivienda Explicar: _____ <input type="checkbox"/> Otros explican: _____
<p>Descripciones para el estado laboral: "<u>Jubilado</u>" generalmente significa una persona mayor cuya carrera laboral ha terminado y generalmente reciben una pensión privada, Seguro Social, etc. "<u>No en la fuerza laboral</u>" significa alguien que no está trabajando por ningún período de tiempo y no está buscando trabajo, como un estudiante, ama de casa, trabajo familiar no remunerado, etc. "<u>Desempleado a largo o corto plazo</u>" significa alguien que está buscando trabajo activamente. Llame a DMOS si tiene preguntas sobre el estado laboral, los ingresos o cualquier cosa anterior.</p>	
<p>INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO ADULTO: ¿Hay un adulto en el hogar que recibe ingresos en nombre de un niño en el hogar? ____ Sí ____ No En caso afirmativo, ¿para qué hijo y qué tipo de ingresos? Ejemplos podrían ser SSI, beneficios por fallecimiento de SS para un padre fallecido/discapacidad, etc. Se detalla en el espacio en blanco a continuación.</p>	

INFORMACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

Proveedor de servicio eléctrico: _____ Cuenta #: _____

Calefacción/Refrigeración/Ambos/Ninguno

Nombre en la cuenta: _____ **Relación con usted:** _____

Proveedor de gas natural: _____ Cuenta #: _____

Calefacción/Refrigeración/Ambos/Ninguno

Nombre en la cuenta: _____ **Relación con usted:** _____¿Paga su propia factura de agua? **SÍ o NO** En caso afirmativo, el proveedor de agua es:

Nombre en la cuenta: _____ Relación: _____ Cuenta #: _____

INFORMACIÓN DE AIRE ACONDICIONADO (Si usa más de un método, seleccione todos y cada uno de los métodos que usa).**¿Qué tipo de aires acondicionados utilizas en este momento?** Unidad central enfriador evaporativo ("pantano") Unidad de ventana**¿Cuántos aires acondicionados usas?** _____ **¿Funciona el aire acondicionado?** _____**¿Cuántos años tiene tu aire acondicionado?** _____**INFORMACIÓN DE CALEFACCIÓN** (Si usa más de un método, seleccione todos y cada uno de los métodos que usa).**¿Qué tipo de calefacción utilizas en este momento?** Calefacción central eléctrica (sin gas) Calefacción central (utiliza tanto gas como electricidad) Calentadores de espacio eléctricos Calentador de pared a gas (montado en la pared) Estufa o chimenea de leña Calentador de espacio de gas o chimenea de gas

Por favor, explique cualquier otro método de calentamiento:

¿Cuántos años tiene su calentador? _____ **¿Funciona la calefacción?** _____

La siguiente sección es SOLO para usuarios de propano que tienen propano ENTREGADO DIRECTAMENTE A SU HOGAR POR CAMIÓN.

La palabra "tanque" se refiere a un tanque grande colocado permanentemente en su jardín, **NO BOTELLAS O BOTES PORTÁTILES.**

Empresa de entrega de propano: _____ ¿Eres el dueño del tanque? Sí _____ No _____

¿Cuál es la lectura de su medidor de propano en el momento de esta solicitud? _____% (tanque, no botellas)

¿Cuál es el galón tamaño de su tanque de propano? (Encierre uno en un círculo) 100 150 250 500 (**tanque, no botellas**)

¿Utilizas propano de un **tanque** ¿Para cocinar? Sí _____ no _____ ¿Para calentador de agua? Sí _____ No _____

¿Calienta su casa con un (**tanque**) de propano? En caso afirmativo, marque un círculo debajo de CÓMO calienta su hogar.

Calentador de espacio de propano Calentador de pared de propano La unidad central utiliza propano y electricidad

CERTIFICACIÓN/CERTIFICACION

1. La información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
1. La informacion proveida en esa forma es correcta segun mi mayor enendimiento.
2. Los ingresos de mi hogar se han anualizado, en el momento de mi solicitud, de acuerdo con los procedimientos preestablecidos de la agencia.
2. Los ingresos de mi hogar han sido calculados anualmente segun los regulamentos preescritos por la agencia.
3. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad, la cantidad de asistencia recibida o la demora en la prestación del servicio.
3. Comprendo que puedo solicitar una audiencia para apelar decicion que me afectan, tales, como:el eligibilidad al programa, asistencia recibida o tardanze de asistencia.
4. Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y a sus agencias contratadas a solicitar/verificar información sobre mis facturas de servicios públicos y/o combustible, tanto pasadas como futuras, en la medida en que la información se utilice solo para proporcionar datos.

4. Utorizo al “Texas Department of Housing and Community Affairs” y sus agencias contratadas a solicitar y verificar informacion sobre mis cuentas pasadas y futures para luz y gas cuando la informacion se usa para reporter data estadistica.

PERMISO DEL CLIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Doy permiso a los Servicios de Alcance de Double Mountain para compartir y / o asegurar cualquier información necesaria. También otorgo permiso a Double Mountain Outreach Services para contactar a otras personas u organizaciones con el fin de proporcionar servicios y recursos en mi nombre. Entiendo que esta información se compartirá o protegerá solo de manera profesional mientras protejo mi derecho a la confidencialidad. Autorizo a esta agencia a comunicarse con cualquier persona, organización estatal o gubernamental, agencia de asistencia, empleador, arrendador o proveedor de servicios públicos necesario para procesar mi solicitud y asegurar la información en mi expediente de caso, incluidos los registros educativos y estudiantiles.

Al firmar a continuación, entiendo que el personal de Double Mountain Outreach Services/ASBDC y los recursos de referencia tendrán acceso a mis registros.

SOY CONSCIENTE DE QUE ESTOY SUJETO A ENJUICIAMIENTO POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA.

COMPRENDO QUE ESTOY SUJETO A SER PROCESADO SI LA INFORMACION ES FALSO O INCORRECTA.

* _____
Firma del solicitante / Firma de Solicitante

* _____
Fecha/ Fecha

Cuestionario de evaluación de necesidades

La siguiente encuesta nos permite conocer las necesidades más importantes que su familia está experimentando actualmente. En función de sus respuestas, esta información se utilizará para identificar mejor los recursos con los que puede necesitar conectarse. Además, la información se recopilará para su uso futuro en un informe de Evaluación de Necesidades Comunitarias que estará disponible para el público. Su nombre e información personal no se conectarán con las respuestas que proporcione en esta encuesta. Gracias de antemano por su participación.

Coloque una X o una marca de verificación en la casilla para mostrar que usted o su familia necesitan un artículo en particular. Si no es así, déjelo en blanco.

Dominio/Categoría	¿Necesitas lo siguiente:	<u>Sí</u> , necesito esto	Uso de oficina para Referencias

Empleo	Ayuda para encontrar trabajo		
	Ayuda para encontrar capacitación en habilidades laborales con el fin de ganar mejores salarios		
Educación	Información sobre las clases de GED		
	Asistencia para asistir a una escuela o universidad técnica o de comercio (libros de texto, matrícula)		
	Cuidado de niños para que los padres puedan asistir a la escuela / trabajo		
Generación de Ingresos y Activos	Referencia al Seguro Social, Discapacidad (SSDI), TANF, SNAP, etc. para solicitar		
	Ayuda con las metas financieras y para ser autosuficiente		
	Educación financiera/clases de presupuesto/reparación de crédito		
Vivienda	Ayuda para pagar el alquiler (como un aviso de desalojo)		
	Información sobre ubicaciones de viviendas para personas de bajos ingresos		
	Ayuda con las facturas de servicios públicos (electricidad, gas o propano)		
	Ayuda con reparaciones / reemplazo de aparatos de calefacción o refrigeración que no funcionan		
	Ayuda con un aviso de desconexión de agua		
	Programa de Asistencia de Climatización: ayuda a hacer que mi hogar sea más eficiente energéticamente al evitar que el aire se escape o entre a mi hogar (llame al 940-633-0852)		
Salud y Desarrollo Social del Comportamiento	Ayuda para hacerse un examen de la vista y anteojos		
	Ayuda para obtener un examen y tratamiento dental		
	Necesidades	Sí, es necesario	Uso/Referencia de la Oficina
Salud y Desarrollo Social del Comportamiento	Asistencia con medicamentos recetados		
	Ayuda con las vacunas		
	Derivación a servicios de salud mental		
	Talleres de educación nutricional/alimentación saludable		

	(ejemplo: diabetes, presión arterial alta, etc.)		
	Comida para su familia (ejemplo: caja de despensa de alimentos)		
	Información sobre programas de adicción al alcohol/drogas		
Otras necesidades	Transporte para mandados, citas médicas y más		
	Ayuda para ser referido al Procurador General para asistencia con la manutención de los hijos (llame al 800-252-8014)		
	Información sobre cómo encontrar ayuda para necesidades legales (penales, civiles, otras)		
	Información para veteranos: necesidades médicas, de capacitación y de otro tipo		

Otras necesidades no enumeradas anteriormente:

Tu opinión, por favor:
<p>Estamos considerando comenzar un nuevo servicio, si hay suficiente interés. Si es posible, nos gustaría comenzar a ofrecer productos de higiene personal a nuestros clientes. Los productos podrían ser cosas como jabón de ducha/manos, champú, cepillo de dientes, pasta de dientes, lavandería y suministros de primeros auxilios. ¿Te interesaría recibir este servicio? _____ sí _____ no</p>

* _____
Firma

* _____
Fecha



Sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE) y Ciudadanía de EE. UU. / Nacional de EE. UU.

Formulario de certificación del solicitante para los subrecipientes de CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP y SHTF, ESG, HHSP, EH (solo subdivisión política)

El programa para el cual está solicitando requiere la verificación de que usted es ciudadano estadounidense, nacional no ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Se requiere documentación de su estado. Esta agencia utiliza el Sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE, por sus siglas en inglés) para verificar el estatus de los no ciudadanos.

Nombre del miembro del hogar	Ciudadano de los EE. UU. (Nacido o naturalizado) o Nacional de los EE. UU. (Sí/No)	Extranjero calificado o (Sí/No)	Documentación proporcionada para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

SOY CONSCIENTE DE QUE ESTOY SUJETO A ENJUICIAMIENTO POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO.

--	--

Firma del solicitante

Fecha

--	--	--

Firma del personal de la agencia que certifique que verificó los documentos anteriores.

Imprimir nombre del personal

Fecha