Instrucciones para completar la solicitud para los programas de energía de Minnesota del 2019-2020

Esta solicitud es usada para aplicar para el Programa de Asistencia de Energía (EAP), El Programa de Asistencia de Climatización (WAP), y El Programa de Mejorías de Conservación (CIP). La Solicitud de Los Programas de Asistencia de Energía de Minnesota está disponible en español y en letras grandes con solamente pedir la solicitud a su Proveedor local de Servicios de EAP o imprimiéndola en http://mn.gov/commerce/consumers/consumer-assistance/energy-assistance/

Para aplicar para los Programas de Energía, usted debe de enviarnos:

- La solicitud completa con todas las preguntas contestadas y estar firmada y fechada en la última página.
- Copias de los comprobantes de ingresos de los últimos tres meses de cada miembro del hogar.
- Una copia de su factura más reciente para calefacción, luz, o combustible.

Falta de proporcionar los documentos requeridos resultará en la demora o negación de su solicitud.

Número de Seguro Social (SSNs): SSNs son obligatorios para todos los solicitantes, a menos que este presentando la solicitud como no-ciudadano elegible (por ejemplo, residente permanente, asilado, refugiado, etc.). Si no proporciona números de seguro social verifiables o documentación de inmigración valida, no se puede procesar su solicitud. Si usted es un no-ciudadano elegible, puede presentar una solicitud sin un número de seguro social. Póngase en contacto con sus Proveedor de Servicios para obtener información sobre la documentación requerida. Si usted o algún miembro de su hogar no son elegibles como ciudadanos, su hogar aún puede recibir asistencia si cualquier miembro del hogar es ciudadano o no ciudadano elegible. Póngase en contacto con su Proveedor de Servicios para obtener más detalles. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) de la Ley de Seguridad Social, 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i). USO: El estado utilizará los SSN en la administración de EAP para verificar la identidad, evitar la participación duplicada y determinar la elegibilidad para beneficios públicos. Su número de seguro social también se usará para obtener información de compensación de salario y desempleo del Departamento de Empleo y Desarrollo Económico (DEED) de Minnesota, verificar la información proporcionada en la solicitud y para prevenir, detectar y corregir el fraude, el desperdicio y el abuso.

Solicitantes no-ciudadanos: Para obtener ayuda de los Programas de Energía de Minnesota, debe ser un ciudadano o estar legalmente en los Estados Unidos (EE. UU.). Los beneficios de Asistencia de Energía no cuentan como alivio según la necesidad. Entregue una copia de ambos lados de las tarjetas de inmigración u otros documentos que muestren el estado de inmigración de todos los miembros de la familia que no sean ciudadanos elegibles y que soliciten ayuda. Todos los miembros del hogar, independientemente de su estatus migratorio o de ciudadanía, deben proporcionar su información de ingresos, pero solo aquellos que sean ciudadanos o no ciudadanos elegibles se consideraran miembros del hogar. Póngase en contacto con su Proveedor de Servicios para obtener información específica sobre lo que se requiere para su situación. **No compartiremos su información con los Servicios de Ciudadanía Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) sin su permiso.**

PARTE 1. Información personal: Complete el Número de Seguro Social (SSN), el nombre, la dirección actual de la casa, el número de teléfono y la información de contacto del miembro principal del hogar. Comuníquese con su proveedor de servicios si alguien en su hogar no puede proporcionar un SSN. Es posible que pueda usar un número de documento legal alternativo o la documentación de su elegibilidad para beneficios públicos.

PARTE 2. Información sobre el Hogar: Llene toda la información para cada persona que vive en su hogar. TODAS las personas que viven en la casa son miembros del hogar si comparten la cocina u otras áreas de su hogar. Los Proveedores de Cuidado que viven en el hogar no se cuentan como miembros del hogar si usted tiene la documentación de un proveedor de asistencia médica manifestando que cuidado médico diario es necesario. Los padres sin custodia pueden incluir a sus hijos menores como miembros del hogar.

Fuentes de Ingresos y Otra Asistencia:

- Marque (x) en todos los ingresos y todo el dinero recibido por cada miembro del hogar en los últimos 3 meses completos.
- Envié comprobantes de todos los ingresos brutos recibidos por todas las personas en su hogar en los últimos 3 meses completos antes del mes en que firmó su solicitud. Enviar copias, no se devolverán originales.

Comprobantes de ingresos por tipo:

- **Salarios:** Talones de cheques o una declaración firmada y fechada por su empleador (incluido el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador) que indique el salario bruto. EAP puede usar su SSN para verificar los salarios reportados a DEED por su empleador. Para el seguimiento de los salarios no declarados, indique el número de empleadores que cada miembro del hogar tuvo en los últimos 6 meses.
- **MFIP, DWP, GA**: Un estado mensual del condado qué indique los beneficios recibidos o un estado de cuenta bancario.
- **Pensión Conyugal**: Cheques, depósitos bancarios, o una nota por escrito del pagador indicando la cantidad y las fechas de pagos recibidos.
- **Beneficios de Veteranos, Seguridad Social, RSDI y SSI**: Cartas de concesión indicando la cantidad del beneficio, estados de cuentas bancarios indicando los depósitos directos o copia de los cheques.
- **Compensación a Trabajadores, Pagos de Discapacidad de tiempo corto o largo:** Cartas de concesión indicando la cantidad del beneficio, copias del beneficio de compensación del trabajador o documentos del abogado.
- **Compensación por Desempleo:** Copia impresa del beneficio semanal de www.uimn.org. Haga clic en “iniciar sesión en Mi cuenta” e inicie sesión, vaya a “Ver y mantener mi cuenta”, luego “información de pago” e ingrese el período de fechas de los últimos 5 meses del calendario completos. EAP puede verificar este ingreso directamente con DEED.

- **Empleo por Cuenta Propia, Granjero, Ingresos de Renta/Alquiler:** Las primeras 2 páginas de su declaración federal de impuestos más reciente. Si usted no declaró Impuestos Federales, llame a su agencia para conseguir la forma que usted necesita**.** Escriba la fecha en la cual su negocio comenzó en el espacio disponible en la segunda página de la solicitud.
- **Intereses, Dividendos:** Estados de cuentas bancarias o su forma IRS-1099 o IRS 1040.
- **Ingresos de Jubilación incluyendo Jubilación de Retiro Individual (IRA):** Cheque(s) de beneficios o estado de cuenta.
- **Pensión y Anualidades:** Cheques del beneficio o historial o carta del fondo de la pensión o beneficio.
- **Pagos de Casino de Tribu, Bonos de Tribu o Bonos por Juicio de Tribu:** Talones de cheques del beneficio, estado de cuenta bancaria o carta del beneficio.
- **No Ingresos:** Si su hogar no tiene ingresos, y nadie trabaja por su propia cuenta, llame a su Agencia de Servicio de EAP para que le envíen un formulario de *"Verificación de Gastos e Ingresos*"

****Por favor envíe copias de los comprobantes de ingresos. Los originales no serán devueltos. ****

PARTE 3. Información sobre la vivienda. Marque el tipo de vivienda en la que vive, cuánto tiempo ha vivido en su hogar actual y su pago mensual. Si usted es un **inquilino**, díganos si usted recibe subsidio en su hogar, especifique si usted paga su propia calefacción y su electricidad y el nombre del propietario de la propiedad, su teléfono y dirección.
Usted es **propietario** de su casa, Si está comprando su casa, si tiene una hipoteca o contrato de compra venta.
Propietarios de casa: Si usted tiene un problema con su calentador, nosotros podríamos ayudarlo a proveer servicios de reparación.
Trabajo por cuenta propia: Si su residencia es usada para trabajo o renta un espacio en su casa, complete esta sección.

PARTE 4: Fuentes de Calefacción:

- Coloque "1" junto al combustible para calefacción que más usa y "2" junto a cualquier otro combustible que usa en su hogar para calefacción.
- Si usted calienta su hogar a través de más de un solo sistema de calefacción marque todas las casillas que correspondan.
- Si usted usa la electricidad como fuente de calefacción principal, esta debe proveer la mayoría o toda la calefacción de una o más habitaciones (excluyendo los baños) o proveer calefacción a toda la casa. La electricidad no es un sistema de calefacción si se utiliza solo para hacer funcionar el sistema de calefacción o termostato.
- Anote el nombre de la compañía de energía o electricidad que proporciona energía a su casa.
- Incluya el nombre bajo el cual está la cuenta y el número de cuenta.
- Si utiliza madera, maíz, tronquillos u otros combustibles: Muestre cuánto de su calor esto provee. ¿Cortan o cultivan su propia madera, maíz, tronquillos otro combustible? Anote el número de habitaciones en su casa.

PARTE 5. Permisos y Firma: Lea los permisos cuidadosamente. **Un adulto, de 18 años de edad o mayor o un menor emancipado, debe de firmar la aplicación. Cualquier otra persona que firme su aplicación deberá ser un guardián autorizado por una corte o un conservador legal, o de tener un Poder Legal (POA) para actuar en favor del miembro del hogar y deberá someter una copia del poder junto con la aplicación. Regrese la solicitud a su oficina local de servicios de EAP**. **Su aplicación debe ser recibida dentro de los 60 días de la fecha en que firmo la solicitud y deberán ser fechadas y recibidas antes del 31 de mayo del 2018.**

- CUALQUIER información que falte retrasará las decisiones sobre su elegibilidad y cantidad de beneficio.
- Su Proveedor de Servicio Local de EAP podrá ayudarle a pagar facturas atrasadas y/o ayudarlo a hacer un arreglo de pago con su proveedor de energía y/o electricidad.
- Su solicitud será procesada lo más rápido posible. Le enviaremos una carta cuando se haya completado su solicitud.

Información Importante:
El Programa de Asistencia de Energía puede proveer a hogares elegibles con ayuda de crisis energética. Llámenos **sólo** si:

- Sus servicios de calefacción han sido o serán desconectados,
- No puede conseguir que le lleven combustible, o
- Es propietario de su casa y su sistema de calefacción no funciona.

Guías de ingresos para la elegibilidad del programa de Climatización
Usted puede ser elegible para el programa de Climatización (WAP) aun si su ingreso excede los límites para el Programa de Asistencia de Energía. El programa de Climatización provee actualizaciones gratis para propietarios de casa o renteros con recursos bajos para ayudar a reducir los altos gastos de energía y para hacer su hogar un lugar más saludable y seguro para vivir. Para las guías de ingreso para este programa, favor de referirse al programa de Minnesota de Climatización a http://mn.gov/commerce/consumers/consumer-assistance/weatherization o llamar al **1-800-657-3710.**

Protección de la Regla del Clima Frío: Si usa gas natural o electricidad para calentar su casa o necesita electricidad para operar su termostato o ventilador de horno, puede ser elegible para la protección de la Regla del Clima Frio entre el 15 de octubre y el 15 de abril.

- La Regla de Clima Frío ayuda a proteger su servicio de la desconexión o puede ayudarlo a que su servicio sea reconectado.
- **Para obtener la protección de la Regla de Clima Frio, DEBE comunicarse con sus compañías de energía y hacer y mantener un plan de pago. Si no cumple con un pago, pierde la protección y podría perder la calefacción.**
- Si recibe Asistencia de Energía, precalifica para la protección de la Regla del Clima Frio. El Programa de Asistencia de Energía no es un plan de pago y reemplazara lo que debe pagar.
- El personal del Proveedor de Servicios puede ayudarlo a hacer un plan de pago razonable con sus compañías de energía.

For office use only

HH:

Referral ☐

Rep#:

Grant amount:

Favor de usar tinta negra para completar esta aplicación. No usar marcadores en los documentos que envié

2019-2020 Solicitud para los Programas de Energía de Minnesota

COMMERCE DEPARTMENT

Antes de completar esta solicitud, lea cuidadosamente las hojas adjuntas: "Sus Derechos y Responsabilidades" y las Instrucciones.

Parte 1. Información Personal –Verifique que toda la información pre-imprentada este correcta. Corrija lo necesario.

Su Número de Seguro Social:	• Se requieren números de seguro social (SSN) para todos los miembros del hogar y se verifican • Si un SSN valido no está disponible, se requerirá otra forma de documentación • Si algún miembro del hogar no es elegible como ciudadano, su hogar aún puede recibir asistencia si al menos 1 miembro del hogar es ciudadano o no ciudadano elegible • Su SSN se usara para obtener información sobre su salario y desempleo

Su Nombre: MM - DD – AAAA

Primer Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento

Dirección de su hogar:

Calle ..... No. Apto ..... Ciudad ..... MN Código Postal .....

Dirección a donde se debe enviar su correspondencia (si es diferente a la de su residencia):

Calle o Apartado Postal ..... No. Apto ..... Ciudad ..... MN Código Postal .....

Condado: ..... **Teléfono de casa:** (.....) ..... **Otro:** (.....) .....

Idioma principal que se habla en su hogar: .....

Para contactarme por escrito, yo prefiero: ○ US Mail (Carta por correo) ○ Correo electrónico
Dirección de Correo Electronico .....

Representate Autorizado: Si usted completa esta sección, el "Representante Autorizado" tiene permiso de actuar como usted. Si usted incluye su dirección aquí debajo, esta persona recibirá toda la correspondencia del programa en vez de usted.

Nombre ..... Apellido ..... Teléfono (.....) .....

Si a usted le gustaria que el Representante Autorizado reciba su correspondencia en favor de usted, agregue la direccion.

Calle o Apartado Postal ..... No. Apto ..... Ciudad ..... MN Código Postal .....

USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD EN LA PARTE INFERIOR DE LA ÚLTIMA PAGINA

Parte 2. Información del Hogar

COMENZANDO CON USTED, ENLISTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR **(los padres sin custodia pueden incluir a sus hijos menores):**

Primer Nombre, Inicial y Apellido (requerido)	**Número de Seguro Social** (requerido)	**Fecha de Nacimiento** MM-DD-AAAA (requerido)	Raza	Hispano Si/ No	Género M/F/ Otro	Discapacidad Si/ No	Veterano Si/ No	En los últimos 6 meses: Ingresos no Salariales Si/No	En los últimos 6 meses: Salario Si/No	En los últimos 6 meses: Número de Empleadores
1. (usted)		- -								
2.		- -								
3.		- -								
4.		- -								
5.		- -								
6.		- -								
7.		- -								
8.		- -								

Si es necesario, anexe una hoja con la información de cualquier miembro adicional.

Raza: **A =** Asiático **B** = Negro o Africano-Americano **I** = Indio Americano o Nativo de Alaska
P = Nativo de Hawái o de otro lugar del Pacifico **W** = Blanco o Caucásico **M** = Raza múltiple **O** = Otro

¿Hay algún miembro del hogar que actualmente es empleado o es miembro de la mesa directiva de este Proveedor de Servicio EAP local? ○ Sí ○ No

¿Cuántas personas en su hogar NO tienen seguro médico? .....

¿Se ha reducido el ingreso de los miembros del hogar en los últimos 3 meses? ○ Sí ○ No Si es sí, de quién? .....

FUENTES DE INGRESO Y OTRA ASISTENCIA (Marque todas las casillas que apliquen a su hogar y **ENVÍE COMPROBANTES**)

- ☐ Salario
- ☐ Empleo por cuenta propia/Ingreso de Granja*
  ¿Fecha de empezó su negocio?:.....
- ☐ Rentas/Bienes raíces
- ☐ Compensación de Desempleo
- ☐ Compensación al Trabajador
- ☐ Ingreso por Interés o Dividendos
- ☐ Interés por Escritura Hipotecaria
- ☐ Trabajo Diversionario (DWP)
- ☐ Beneficios de Veterano
- ☐ Ingreso Suplementario de Seguridad Social (SSI)
- ☐ Beneficios de Seguridad Social (SSDI, RSDI, SSA)
- ☐ Ingreso de Jubilación
- ☐ Pensión/Anualidad (trimestral y anual)
- ☐ Pagos Per Cápita
- ☐ Bonos de tribu o compensaciones tribales
- ☐ Discapacidad temporal/permanente
- ☐ Programa de Beneficios Familiares de Minnesota (MFIP)
- ☐ Asistencia General (GA)
- ☐ Manutención Conyugal
- ☐ Otros ingresos no indicados:

No se requiere comprobante de ingresos:

- ☐ Soporte Infantil Mensual $.....
- ☐ Asistencia de Comida
- ☐ Crédito de Ingreso ganado (EITC)
- ☐ No Ingreso (Favor de llamarnos a ENTER SP Phone Number)

ENVIE COMPROBANTES DE TODOS LOS INGRESOS de todas las personas en su hogar durante los últimos 3 meses completos. **Envié copias, no regresaremos los originales.** Salario de niños de K-12 no se cuentan como ingreso.

*Si trabaja por cuenta propia, envíe las primeras 2 páginas de su declaración de impuestos IRS-1040 más recientes y el formulario 1. Comuníquese con su Proveedor de Servicios si no ha presentado un 1040 desde que comenzó el trabajo por cuenta propia.

Su solicitud será atrasada si no incluye comprobante de ingresos.

Se debe firmar y poner la fecha en la última página de su solicitud. Todas solicitudes deben ser recibidas y con fecha y antes del: **1 de junio, 2020**

Si firma la solicitud en:	**Enviar comprobante de ingresos brutos recibidos en:**
Agosto 2019	Mayo, Junio, Julio 2019
Sept 2019	Junio, Julio, Agosto 2019
Octubre 2019	Julio, Agosto, Sept 2019
Nov 2019	Agosto, Sept, Oct 2019
Dic 2019	Sept, Oct, Nov 2019
Enero 2020	Oct, Nov, Dic 2019
Febrero 2020	Nov, Dic 2019, Enero 2020
Marzo 2020	Dic 2019, Enero, Feb 2020
Abril 2020	Enero, Feb, Marzo, 2020
Mayo 2020	Feb, Marzo, Abril 2020

El ingreso del hogar no puede ser más que estas pautas de ingreso por 3 meses:
(Consulte a las instrucciones para las putas de ingreso de WAP)

Tamaño	**Ingresso**
1	$6,761
2	$8,842
3	$10,923
4	$13,003
5	$15,084
6	$17,164
7	$17,554
8	$17,944
9	$18,335

Part 3. Housing Information

Type of Housing:
- ○ Casa
- ○ Apartamento/ Condominio
- ○ Townhouse
- ○ Casa Móvil
- ○ Duplex
- ○ Triplex
- ○ Cuádruplex
- ○ Otro

¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo en su hogar?

_____**Años** _____**Meses**

¿Paga usted renta o hipoteca al mes? ○ Sí ○ No Si es **sí**, la cantidad que usted paga $:_____**(necesario)**

Inquilinos: ¿Recibe un subsidio o vive en un hogar subvencionado? ○ Sí ○ No
En la renta: ¿está incluida la calefacción? ○ Sí ○ No ¿Está incluida la electricidad? ○ Sí ○ No

Nombre del Propietario:_____ Teléfono: (_____)_____

Dirección:_____

Propietarios de vivienda: ¿Es dueño o está en proceso de comprar su casa? ○ Sí ○ No
Si su calefacción/sistema de calefacción NO está funcionando, marque esta casilla: ☐
Llámenos inmediatamente al **ENTER SP PHONE NUMBER** si su calentador/sistema de calefacción no está funcionando.

Negocio en casa: Si usted trabaja por su cuenta, ¿Tiene el negocio en su casa? ○ Sí ○ No
En caso afirmativo, ¿Qué tipo de negocio y que tipo de trabajo se hace en su casa o en su propiedad?_____
¿Le renta alguna parte de su casa a alguien? ○ Sí ○ No

Parte 4. Fuentes de Combustible (Se considera la electricidad como una fuente de calefacción si se usa para calentar uno o más cuartos.)

Coloque "1" en la casilla al lado del **combustible/fuente** que usted usa más frecuentemente y "2" para cualquier otro tipo de combustible que usa para calendar su hogar.

Aceite		Propano/LP		Madera		Pelotillas		Vapor Municipal	
Gas Natural		Electricidad		Elote		Otro biocombustible		St. Paul Dist. Heating	

¿Qué compañías suministran la calefacción y electricidad en su casa?

	Calefacción No. 1	Calefacción No. 2	Electricidad
Nombre de la compañia			
Nombre en la Cuenta:			
Número de Cuenta:			

ENVIE COPIA DE SUS ÚLTIMAS FACTURAS DE CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD O RECIBO DE COMBUSTIBLE CON ESTA SOLICITUD

¿Calienta su casa con madera, elote, pelotillas u otro biocombustible? ○ Sí ○ No

De contestar sí, conteste las 3 siguientes preguntas:

1. ¿Qué porcentaje de calefacción suministra? (use la tabla)
2. ¿Usted corta su propia madera o elote? ○ Sí ○ No
3. ¿Cuántas habitaciones tiene su hogar?_____

(Encierre el porcentaje de madera, elote, pelotillas, otro combustible)

10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
A veces			Medio Tiempo			Casi Siempre			Todo

Si tienes una emergencia en estos momentos, marque el tipo de emergencia a continuación y enviar una copia de la notificación de desconexión de su compañía de Energía.

☐ Ya está desconectado. Nombre de la Compañía:_____ Fecha de desconexión:_____
Cantidad que debe:_____

☐ Recibió una orden de desconexión. Nombre de la Compañía:_____ Fecha de desconexión:_____
Cantidad que debe:_____

☐ Tanque de combustible vacío (o tiene menos de 20% en su tanque). ¿Qué porcentaje tiene en el tanque?:_____
Cantidad que debe:_____

Favor de contactar su compañía de energía para hacer un arreglo de pago.

¿Usted utiliza electricidad para la calefacción de su casa? ○ Sí ○ No**. Si, marque en la casilla (s) indicando como lo usa.**

☐ Unidad Central de calefacción
☐ Calentador portátil solo cuando es necesario
☐ Calentador portátil es la única fuente de calefacción para uno o más habitaciones:
☐ Otro uso de calefacción eléctrica**.** Marque todas las que apliquen:**:** ☐ Sistema de calefacción de piso ☐ Calefacción de piso ☐ Calefacción Eléctrico ☐ Bomba de calor

¿Desea usted que el 30% de su beneficio se le envié a la compañía de la luz? ○ Sí ○ No

Parte 5. Consentimiento y Firma para el 1 de octubre de 2019 al 30 de septiembre de 2020

1. Doy consentimiento a mis compañías de electricidad y de calefacción para que proporcionen información sobre mi cuenta y de mi uso de energía al Departamento de Comercio de Minnesota (Comercio) y las contratistas del Comercio para el programa de Asistencia de Energía (EAP), Programa de Asistencia de Climatización (WAP), y el programa de Mejoras de Conservación (CIP).
2. Doy consentimiento a la Administración de Seguro Social y al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (MDHS) y a sus agencias afiliadas para que compartan información referente a mi Numero de Seguro Social y a mis beneficios de asistencia pública recibidos durante el último año para elegibilidad para beneficios con Comercio y sus contratistas de Comercio para EAP, WAP y CIP.
3. Autorizo a EAP, WAP, y CIP de Minnesota para:
   - Contactar a mi empleador para verificar mi ingreso.
   - Si alquilo, comunicarse con el dueño de la propiedad para verificar mi residencia y/o la fuente de calefacción.
4. Autorizo a mis Proveedores de Servicio local de EAP, WAP and CIP contactarme para referencias y encuentros.
5. Mi firma abajo afirma que la información en esta solicitud esta correcta. Entiendo que:
   - Actualmente vivo en la dirección que aparece en esta solicitud.
   - Estoy firmando de parte de todos los miembros de mi hogar.
   - Es posible que tenga que comprobar mis declaraciones.
   - Puedo ser civilmente o criminalmente penalizado bajo ley federal o estatal por intencionalmente hacer declaraciones falsas o fraudulentas.
   - Tengo derechos bajo los programas de EAP, WAP, and CIP. He recibido una copia de "Sus Derechos y Responsabilidades" y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones.
   - Puedo apelar las decisiones tomadas por mi Proveedor de Servicio EAP local sobre mis beneficios.
   - Entiendo que el llenar esta solicitud no garantiza que mi hogar recibirá asistencia.
   - Soy un adulto o un menor emancipado.

Nombre en letra de imprenta: .....

Firma: ..... **Fecha de hoy:** .....

Todas las solicitudes deben llevar el sello postal o ser recibidas por EAP el 1 de junio de 2020 o antes. Además, su solicitud debe tener un sello postal o ser recibida dentro de los 60 días de la fecha en que la firme.

Los fondos se podrían agotar, apliquen pronto.

Declaración de Privacidad y Sus Derechos y Responsabilidades
Declaración de Privacidad

Provisiones del Acta de Privacidad: Las leyes federales y estatales exigen que le informemos a usted sobre sus derechos y responsabilidades antes de recolectar y usar información acerca de usted que está clasificada como privada y confidencial. Esta hoja le proporciona información importante conforme con el Acta de Privacidad federal de 1974, 5 U.S.C. sección 552a (e)(3), y el Acta del Gobierno de Minnesota sobre la Práctica de Datos (MN Govt. Data Practices Act), Minn. Estatuto §13.04, subd. 2. (también conocida como una Advertencia Tennessen [Tennessen Warning]). Por favor lea esta Declaración de Privacidad cuidadosamente antes de completar y firmar la Solicitud Para los Programas de Energía de Minnesota y guárdela en sus archivos para uso en el futuro. Esta Declaración de Privacidad es pertinente al Programa de Asistencia de Energía (EAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia de Climatización (WAP, por sus siglas en inglés) y el Programa de Mejoras de Conservación (CIP, por sus siglas en inglés), conocida también como Programas de Energía.

¿Por qué recolectamos esta información en la solicitud?

Nosotros usaremos esta información para investigar, evaluar y administrar los Programas de Energía.
Necesitamos esta información:

- Para diferenciarlo de otras personas.
- Para ver si usted califica para recibir asistencia.
- Para permitirnos solicitar fondos federales o estatales para pagar por la asistencia que usted recibe.
- Para cumplir con los requisitos de reportes federales y estatales.

¿Tiene usted que proveernos la información?

Usted tiene el derecho de no proveernos la información que le pedimos.

¿Qué sucede si usted nos proporciona o si no nos proporciona la información?

Si usted nos proporciona la información requerida en la solicitud, su solicitud será procesada.
Si usted no nos proporciona la información:

- Su solicitud no será procesada.
- Puede ser que usted no reciba servicios.
- Puede ser que usted no reciba ayuda con sus facturas de energía.
- Puede ser que sus servicios sean demorados.

¿Quién puede ver esta información?

Las siguientes personas podrán recibir información contenida en su solicitud para los Programas de Energía solo si (i) ellos necesitan acceso a la información de la solicitud para hacer trabajos en conexión con los Programas de Energía (EAP, WAP, y CIP), o (ii) ellos utilizan la información para reportes, para medir los resultados y referencia con propósito de elegibilidad.

- Proveedores de Servicios EAP Locales que están bajo contrato con el Departamento de Comercio de Minnesota.
- Los auditores de los Programas según lo requerido por los circulares de la Oficina de Manejo y Presupuestos (OMB, por sus siglas en inglés)
- Los Departamentos de Administración, Comercio, Empleo y Desarrollo Económico, Servicios Humanos, Ingresos y la Oficina de Tecnología Empresarial de Minnesota.
- Departamentos de Salud, Recursos Humanos y Energía de los Estados Unidos.
- La Comisión de los Servicios Públicos de Minnesota.
- El Auditor Legislativo de Minnesota.
- Personas autorizadas conforme a órdenes de la corte o citaciones.
- Sus proveedores de energía para asequibilidad y Programas de Energía.
- Asociación de Acción Comunitaria de Minnesota.
- Administración del Seguro Social de los Estados Unidos.
- El Programa de Asistencia de Teléfono Lifeline
- Otras agencias o entidades según permitido por la ley federal o estatal.

¿Por qué solicitamos sus Números del Seguro Social?

Utilizamos los Números del Seguro Social en la administración de los Programas de Energía (EAP, WAP, y CIP) para asegurar que los solicitantes elegibles y los miembros del hogar reciban solamente los beneficios permisibles. La ley federal nos permite exigir que usted nos proporcione su Número de Seguro Social con el fin de procesar su solicitud y para prevenir, detectar y corregir fraude y abuso. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) del Acto de Seguro Social, 42 U.S.C. § 405 (c)(2)(C)(i). Se requiere que el solicitante principal proporcione su Número de Seguro Social verificable para poder procesar su solicitud. El proveer los Números de Seguro Social de los otros miembros del hogar nos ayudará a procesar su solicitud con más rapidez. Todos los solicitantes (excepto los no ciudadanos elegibles) deben proporcionar un Numero de Seguro Social verificable para poder procesar su solicitud.

¿Por qué solicitamos información sobre su raza?
Esta información es voluntaria. Se compila y se registra únicamente para fines estadísticos. El programa no puede discriminar por razones de raza o antecedentes étnicos, religión, género, orientación sexual o afiliación política.

2020 Census
Puede recibir información sobre el Censo de 2020.

Sus Derechos y Responsabilidades

Usted tiene ciertos derechos para recibir ayuda:

- Aplicar de nuevo solicitud es negada.
- Aplicar para recibir más ayuda si usted lo necesita.
- Conocer los reglamentos y cómo nosotros determinamos la asistencia que le brindemos.
- Recibir una respuesta dentro de un período de tiempo razonable una vez que usted nos entregue toda la información requerida.
- Apelar dentro de 30 días después de conocer los resultados de su solicitud si:
- Recibió una carta de denegación y cree que usamos la información incorrecta para tomar la decisión.
- Usted no obtuvo la ayuda que le prometieron.

Usted tiene las siguientes responsabilidades:
Usted nos debe informar si usted o cualquier miembro de su hogar:

- Recibió ayuda con el pago de sus cuentas de energía a principios del invierno.
- Se muda a una nueva dirección (avísenos dentro de 30 días de mudarse).
- Cambia de proveedor de combustible o compañía de gas o electricidad.

Este programa puede pagar solo parte de sus facturas de calefacción y electricidad. Usted es responsable de pagar el resto.

¿Qué pasa si crees que la información en tu archivo es incorrecta?
Hable con su Proveedor de Servicios EAP local sobre lo que cree que está mal en su archivo.

¿Qué sucede si usted proporciona información falsa?
Los Proveedores de Servicio EAP locales o el Departamento de Comercio de Minnesota pueden revisar y verificar la información contenida en su aplicación o proporcionada de otra manera. Usted puede ser negado/a para los beneficios del Programa de Energía si provee información incompleta o falsa. Es posible que usted sea sujeto a cargos civiles o criminales bajo la ley federal o estatal por proporcionar información falsa o fraudulenta intencionalmente en su solicitud.

¿Cómo puede usted presentar una queja?
Si usted siente que el pago de su cuenta de energía no fue por la cantidad que debería haber sido, o si usted no recibió los servicios que piensa que debería haber recibido, usted puede contactar al Proveedor de Servicio EAP local anotado en su solicitud. Si usted no está satisfecho con su respuesta, puede escribir una carta de apelación al Proveedor de Servicio EAP local. Guarde su dirección y número telefónico.

Si usted no está satisfecho con la respuesta a su queja, escriba a:
Appeals Officer
Energy Assistance Program
Minnesota Department of Commerce
85 East 7th Place, Suite 280
St. Paul, MN 55101-2198

Si usted siente que ha recibido un trato distinto a los demás debido a su color, raza, nacionalidad, religión, sexo, edad, estado civil, creencias políticas, o debido a una discapacidad física, mental o emocional, escriba una carta a:

Minnesota Department of Human Rights
Grigg's Midway Building
540 Fairview Ave. N, Suite 201
St. Paul, MN 55104
https://mn.gov/mdhr/

-O-

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 1300
Chicago, IL 60601
www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints

Solicite ayuda:
Si no entiende la información de este documento, llame a su Proveedor de Servicios EAP local y solicite asistencia. Su número de teléfono aparece en la primera página de la Solicitud de Programas de Energía de Minnesota.