

## Instrucciones para completar la solicitud para los programas de energía de Minnesota del 2016-2017

Estas instrucciones le ayudaran a completar su solicitud para el Programa de Asistencia de Energía 2016-2017. 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 imprimiéndolo en [www.mn.gov/CommerceEAPApplication](http://www.mn.gov/CommerceEAPApplication).

---

**Para aplicar para los Programas de Asistencia de Energía, usted debe 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 para cada miembro del hogar.
- Una copia de su factura más reciente de calefacción y de luz.
- Una copia de su último recibo de combustible si usted recibe combustible.

**La falta de proporcionar los documentos requeridos resultara en la demora o negación de su solicitud.**

---

**PARTE 1. Información personal:** Anote su Número de Seguro Social (SSN), nombre, dirección actual, número de teléfono e información de contacto. El solicitante principal del hogar debe proveer un número de seguro social valido para poder procesar su solicitud. Contacte su Proveedor de Servicio Local de EAP si no hay alguien en su hogar que pueda proveer un SSN. Usted podría proveer un documento legal alternativo.

**Representante Autorizado:** Es alguien a quien usted da permiso por escrito para actuar en su nombre. Si usted quiere que esta persona reciba toda su correspondencia relacionada con este programa escriba la dirección de la persona en esta solicitud.

---

**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 son contados como miembros del hogar si usted tiene documentación de un proveedor de asistencia médica manifestando que cuidado médico diario es necesario.

El Número de Seguro Social para otros miembros de su hogar es solicitado (opcional). Padres de familia que no tienen custodia de sus hijos menores de 18 años de edad aún pueden incluirlos como miembros del hogar.

**Fuentes de Ingreso y Otra Ayuda:**

- Marque con una (x) todas las fuentes de ingreso de todos los miembros de su hogar.
- Reporte todo el ingreso y todo el dinero recibido de cada miembro del hogar en los últimos 3 meses.
- Envíe copias del comprobante de ingresos para cada persona viviendo en el hogar durante los últimos 3 meses completos anterior al mes que está aplicando. Envíe copias, los originales no serán devueltos.

**Tipo de comprobantes de Ingreso:**

- **Empleado:** Talones de cheques o una verificación por escrito y firmada por su empleador especificando la cantidad de ingreso bruto.
- **MFIP, DWP, GA:** Un estado mensual del condado que 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.
- **Pagos de Discapacidad, Beneficios de Veteranos, Compensación a Trabajadores, 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 de Desempleo:** Una copia imprentada de los beneficios semanales de la página web <http://uimn.org>. Presione el botón de "Log in to My Account" y escriba su nombre de usuario y contraseña, después oprima "View and Maintain My Account", después oprima la tabllilla de "Payment Information", y escriba en las casillas las fechas de los últimos 5 meses.
- **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 el año pasado o usted ha trabajado por su propia cuenta menos de 2 años, 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:** Cheque(s) de beneficios o estado de cuenta.
- **Pensión y Aualidades:** 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 firmando su aplicación deberá 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 2017.**

- CUALQUIER información que falte retrasará las decisiones sobre su elegibilidad y cantidad de beneficio.
- Su Proveedor de Servicio Local de EAP podrá ayudarlo 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 Ley de Invierno (Cold Weather Rule Protección)** Si usted usa gas natural o electricidad para su hogar o necesita que la electricidad opere su termostato o el abanico de su calefacción, usted podrá ser elegible para La Protección de la Ley de Invierno.

- La Ley de Protección del Invierno (Cold Weather Rule Protection) le ayudara a re-conectar sus servicios y protegerlos del 15 de Octubre al 15 de Abril.
- **Para obtener la ley de protección, usted deberá contactar sus compañías de energía y hacer y mantener un arreglo de pago. Si usted falla un pago, usted perderá la protección y su servicio será desconectado y perderá su calefacción.**
- Si usted recibe asistencia de energía, usted está pre-calificado para la Ley de Protección. La asistencia de Energía no reemplaza lo que usted deberá pagar.
- Los miembros de su Proveedor Local de Servicios de EAP podrán ayudarlo a hacer un arreglo razonable con sus compañías de energía.

For office use only

HH: \_\_\_\_\_

Referral  \_\_\_\_\_

Rep#: \_\_\_\_\_

Grant amount: \_\_\_\_\_

## 2016-2017 SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE ENERGÍA DE MINNESOTA



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-impresa este correcta. Corrija lo necesario.

#### Su Número de Seguro Social:

Se requiere la revelación del Número de Seguro Social del solicitante principal. Si usted no proporciona su número de seguro social verificable, su solicitud no podrá ser procesada. AUTORIDAD: Sección 205(c)(2)(C)(i) del Acto del Seguro Social, 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i) USO: El Estado usara los Números de Seguro Social en la administración de LIHEAP para verificar la información proveída en al solicitud, para prevenir, detectar y corregir fraude, perdida y abuso, y con el propósito de responder a peticiones de información de programas de agencias fundadas a través de becas estatales para la asistencia temporal a familias en necesidad.

#### Su Nombre:

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Inicial del Segundo Nombre                      Apellido                      Fecha de Nacimiento

#### Dirección de su hogar:

\_\_\_\_\_  
Calle                      No. Apto                      Ciudad                      Estado                      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                      Estado                      Código Postal

Condado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día u otro (si es diferente al teléfono de casa): \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

#### 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                      Estado                      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:

Primer Nombre, Inicial y Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	Raza	Hispano S/N	Sexo M/F	Dis-capacidad S/N	Años de Escuela	Veterano S/N	Tiene Ingreso S/N
1. (usted)	(necesario)								
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

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 Pacífico 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 tuvieron ingresos en los pasados 3 meses? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas en su hogar NO tienen seguro médico? \_\_\_\_\_

### FUENTES DE INGRESO Y OTRA ASISTENCIA (Marque todas las casillas que apliquen a su hogar y envíe comprobantes)

<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia/Ingreso de Granja* Fecha de empezó su negocio? _____ <input type="checkbox"/> Rentas/Bienes raíces <input type="checkbox"/> Compensación de Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador <input type="checkbox"/> Ingreso por Interés o Dividendos <input type="checkbox"/> Interés por Escritura Hipotecaria <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos <input type="checkbox"/> Beneficios de Jubilación de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Seguro Social (SSDI) <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Seguro de Jubilación por Discapacidad de Supervivencia (RSDI) <input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación <input type="checkbox"/> Pensión/Anualidad (trimestral y anual) <input type="checkbox"/> Pagos Per Cápita <input type="checkbox"/> Bonos de tribu o compensaciones tribales <input type="checkbox"/> Trabajo Diversionario (DWP) <input type="checkbox"/> Discapacidad temporal/permanente <input type="checkbox"/> MFIP <input type="checkbox"/> Asistencia General (GA)	<input type="checkbox"/> Manutención Conyugal <input type="checkbox"/> Otros ingresos no indicados: _____ Prueba de ingresos no se requiere para las siguientes: <input type="checkbox"/> Soporte Infantil \$ _____ mensual <input type="checkbox"/> Asistencia de Comida <input type="checkbox"/> Crédito de Ingreso ganado (EITC) <input type="checkbox"/> No Ingreso (Favor de contactar a su agencia local de EAP).
--	---	---

Envíe comprobantes de los ingresos brutos de todas las personas en su hogar durante los últimos 3 meses completos. **Envíe copias, no regresaremos los originales.** Salario de niños de K-12 no se cuentan como ingreso.

Si es trabajador independiente mande las primeras dos páginas de su Declaración de Impuestos Federales IRS-1040. Contacte a su Proveedor de Servicio Local de EAP si es menos de 2 años.

**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:

**31 de Mayo, 2017.**

Si firma la solicitud en:	Envíe comprobantes de ingresos brutos para los meses de:
<b>Agosto 2016</b>	Mayo, Junio, Julio 2016
<b>Sept 2016</b>	Junio, Julio, Agosto 2016
<b>Octubre 2016</b>	Julio, Agosto, Sept 2016
<b>Nov 2016</b>	Agosto, Sept, Oct 2016
<b>Dic 2016</b>	Sept, Oct, Nov 2016
<b>Enero 2017</b>	Oct, Nov, Dic 2016
<b>Febrero 2017</b>	Nov, Dic 2016, Enero 2017
<b>Marzo 2017</b>	Dic 2016, Enero, Feb 2016
<b>Abril 2017</b>	Enero, Feb, Marzo 2017
<b>Mayo 2017</b>	Feb, Marzo, Abril 2017

Para EAP, los ingresos de su hogar no pueden ser mas de estas guías de ingreso durante los 3 meses:

Tamaño	Ingreso
1	\$6,135
2	\$8,023
3	\$9,910
4	\$11,798
5	\$13,686
6	\$15,574
7	\$15,928
8	\$16,282
9	\$16,636

### Parte 3. Información del Hogar

<b>Tipo de Hogar:</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento/Condominio <input type="checkbox"/> Townhouse <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Dúplex <input type="checkbox"/> Triplex <input type="checkbox"/> Cuádruplex <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Paga usted renta o hipoteca al mes? En caso afirmativo, \$ _____ (necesario)
<b>¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo en su hogar?</b>  _____ Años _____ Meses	<b>Renteros:</b> ¿Recibe un subsidio o vive en un hogar subvencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la renta: ¿está incluida la calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está incluida la electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del Propietario: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
	<b>Propietarios de vivienda:</b> ¿Es dueño o está en proceso de comprar su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su calefacción/sistema de calefacción NO está funcionando, marque esta casilla: <input type="checkbox"/> Contacte a su agencia local de EAP inmediatamente si su sistema de calefacción no está funcionando.
	<b>Negocio en casa:</b> Si usted trabaja por su cuenta, ¿Tiene el negocio en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 calentar su hogar.

Aceite	<input type="checkbox"/>	Propano/LP	<input type="checkbox"/>	Madera	<input type="checkbox"/>	Bolas de Madera Comprimida (Pellets)	<input type="checkbox"/>	Vapor Municipal	<input type="checkbox"/>
Gas Natural	<input type="checkbox"/>	Electricidad	<input type="checkbox"/>	Elote	<input type="checkbox"/>	Otro tipo	<input type="checkbox"/>	St. Paul Dist. Htg	<input type="checkbox"/>

### ¿QUÉ COMPAÑÍAS SUMINISTRAN LA CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD EN SU CASA?

	Calefacción No. 1	Calefacción No. 2	Electricidad
<b>Nombre de la Compañía:</b>			
<b>Nombre en la Cuenta:</b>			
<b>Número de Cuenta:</b>			

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

¿Calienta su casa con madera, elote, pellets u otro biocombustible?  Sí  No De contestar sí, conteste las 3 siguientes preguntas:

- ¿Qué porcentaje de calefacción suministra? (use la tabla)
- ¿Usted corta su propia madera o elote?  Sí  No
- ¿Cuántas habitaciones tiene su hogar? \_\_\_\_\_

**(Encierre el porcentaje de madera, elote, pellets, otros.)**

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, (s): \_\_\_\_\_
- Otro uso de calefacción eléctrica.

Marque todas las que apliquen:  Sistema de calefacción de piso  Calefacción de piso  Calefacción Eléctrico  Bomba de calor

Por favor liste las habitaciones donde calefacción eléctrica es la única fuente de calor \_\_\_\_\_

Si no está registrado para votar, ¿le gustaría recibir una tarjeta de registro de votante?  Sí (Usted no tiene que contestar esta pregunta)

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

**Parte 5. Consentimiento y Firma para el 1 de Octubre, 2016 al 30 de Septiembre, 2017.**

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:** \_\_\_\_\_

**Deberemos recibir esta solicitud dentro de los 60 días de haber sido firmada.  
Esta solicitud deberá ser matasellada o recibida para el 31 de Mayo de 2017.  
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 Government Data Practices Act), Minn. Estatuto §13.04, subd. 2. (también conocida como una Advertencia Tennesen [Tennesen 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.

Guardaremos cualquier información que usted nos proporcione, así sea aprobada su solicitud o no.

### ¿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.

### ¿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.

## Sus Derechos y Responsabilidades

### Usted tiene ciertos derechos para recibir ayuda:

Usted tiene el derecho a:

- Aplicar de nuevo si su 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:
  - Se negó su solicitud o recibió una carta de negación y usted cree que la decisión se basó en datos incorrectos.
  - 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.

**Usted debe pagar sus cuentas de combustible y de electricidad.** Este programa sólo pagará una parte de sus cuentas. Usted debe pagar la cantidad restante.

### ¿Qué sucede si usted cree que la información en su expediente no está correcta?

Comuníquese con su Proveedor de Servicio EAP local acerca de lo que usted cree que esté incorrecto.

### ¿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 7<sup>th</sup> Place, Suite 500  
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  
Freeman Building  
625 Robert Street North  
St. Paul, MN 55155  
[www.humanrights.state.mn.us](http://www.humanrights.state.mn.us)

-O-

U.S. Department of Health and Human Service  
Office for Civil Rights, Region V  
233 North Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, IL 60601  
[www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints)

### Solicite ayuda:

Llame al Proveedor de Servicio EAP local anotado en la solicitud para pedir una solicitud en español. Si usted no entiende la información en este documento, llame al Proveedor de Servicio EAP local para pedir ayuda. Normalmente su número de teléfono está escrito en la primera página de la Solicitud Para los Programas de Energía de Minnesota.