



## Solicitud para la Asistencia con la de Agua y Aguas Residuales de los Servicios en Acción de las Comunidades Klamath y Lake (KLCAS)

Favor de asegurar que la solicitud quede totalmente completa y que Ud. haya suplido todos los documentos pedidos. Devolveremos TODA solicitud no completa. ¡No guardamos copias de las solicitudes devueltas!!

### Lista de Verificación de la Solicitud de de Agua y Aguas Residuales (todos requeridos para recibir ayuda)

- Identificación fotográfica para todos los mayores de 18
- Tarjeta del Seguro Social para todo miembros del hogar
- Comprobante de ingresos durante los últimos 60 días
- Factura de servicios de energía o número de cuenta de servicios de energía
- Descargo de Responsabilidad y Eximición firmado
- Empleando la tabla determine Ud. si le sobran los ingresos o no

Si tiene preguntas o si tiene problemas al recopilar los documentos, sírvase llamar a KLCAS al 541-882-3500

**¡AVERIGÜE LA  
ELEGIBILIDAD ANTES  
DE ENTREGAR UNA  
SOLICITUD!**

Número de personas en el Hogar	Ingresos Brutos Mensuales Máximos*
1	\$2,605.50
2	\$3,407.17
3	\$4,208.83
4	\$5,010.50
5	\$5,812.25
6	\$6,613.92
7	\$6,764.25
8	\$6,914.50
Si se trata de un hogar de más de 8 personas, pregúntenos.	
* "Ingresos brutos" significa todos los ingresos del hogar antes de las deducciones.	

Para más informes sobre cómo comunicarse con nosotros, información sobre ingresos del Seguro Social, o sobre diferentes clases de ingresos sírvase leer el reverso.

## Ingresos del Seguro Social

Seleccione **UNO** de la lista abajo para obtener una copia de su **Carta de Beneficios**:

1. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para pedir otra carta. Esto podría tardar 2-3 semanas.
2. Establezca una cuenta en línea en [www.socialsecurity.gov/myaccount](http://www.socialsecurity.gov/myaccount) e imprima su carta de "**Verificación de beneficios**".

**\*\*\*\*COMUNÍQUESE CON NOSOTROS SI TIENE PREGUNTAS\*\*\*\***

**LLAME AL NÚMERO DE AYUDA CON LA ENERGÍA..... (541) 882-3500**  
**ENVÍE LA SOLICITUD POR FAX AL ..... (541) 882-3674**

**ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO POSTAL A.....2316 S 6th. Suite C Klamath Falls, OR 97601**

**ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO ELECTRÓNICO A.....[Energy@kicas.org](mailto:Energy@kicas.org)**

**Todos los miembros adultos del hogar tienen que proporcionarnos un comprobante de ingresos de los 60 días anteriores (mínimos). Hay que mostrar el monto bruto (antes de las deducciones).**

### La lista de reglas sobre los Documentos de Ingresos

**Los pagos del Seguro Social a los menores de edad se consideran parte de los ingresos del hogar. Véase la lista abajo para cuáles son los documentos aceptables como comprobantes de los ingresos del hogar.**

**Ingresos devengados:** Talones de pago que indican sumos actuales durante los últimos 60 días antes de la presente solicitud. Los talones de pago tienen que incluir su nombre y apellido e información sobre el patrón, incluyendo la dirección.

**Sin ingresos:** Cualquier adulto del hogar sin ingresos tiene que llenar una Declaración de Ingresos del Hogar. (ver adjunta).

**Ingresos Informales:** Cualquier persona adulta del hogar con ingresos que no pueden documentarse de manera normal (trabajos ocasionales, devoluciones de botellas, cuidado de niños, etc.) tiene que incluir en la Declaración de Ingresos del Hogar la cantidad y la fuente de tales ingresos.

**Ingresos de Auto-empleo:** Favor de llenar un formulario de Auto-empleo, e incluye recibos por pagos recibidos del Auto-Empleo durante los últimos 60 días. Llame al (541) 882-3500 para pedir un formulario de Auto-empleo

**Beneficios del Seguro Social** (SS/SSD) La Carta de Beneficios del SS de cada individuo del hogar que recibe tales beneficios. La carta **tiene que** indicar el beneficio bruto declarado. No servirá una declaración del estado de la cuenta bancaria.



## Solicitud para la Asistencia de Agua y Aguas Residuales de los Servicios en Acción de las Comunidades Klamath y Lake (KLCAS)

**Beneficios para Veteranos:** La Carta de Adjudicación más reciente de la VA indicando el valor del beneficio. También servirá una declaración del estado de la cuenta bancaria junto con una Declaración de Ingresos del Hogar firmada.

**TANF:** Se consideran ingresos y tienen que declararse. Favor de entregarnos la carta de beneficios del DHS que indica su nombre, apellido y el valor del beneficio.

**Manutención de menores / asistencia de divorcio:** Entregue una impresión del website estatal de manutención de menores indicando el valor del beneficio otorgado. Si Ud. recibe manutención de menores informalmente, favor de indicar la cantidad mensual en el formulario de Declaración de Ingresos del Hogar.

**Beneficios por Desempleo:** Favor de darnos su número PIN para sus beneficios de desempleo.

**Beneficios de jubilación / pensión privada:** Por favor envíenos una carta de adjudicación actual indicando el beneficio bruto otorgado, o una declaración del estado de la cuenta bancaria reciente junto con una Declaración de Ingresos del Hogar firmada.

**Ayuda de familiares / amigos:** Si Ud. ha recibido ayuda financiera de familiares o amigos durante los últimos 60 días, favor de apuntar la cantidad que recibió en la Declaración de Ingresos del Hogar.

**Cuadros de Ingreso No Alistados en Arriba:** Favor de llamar al (541) 882-3500 para informarse de cuáles papeles se necesitan para sus ingresos.

### Utilice las Tablas Abajo para Llenar la Página 1

(no llene este cuadro)

Raza		Nivel de Educación			
AI	Indígena Americano	NA	Ningún estudio escolar	8	8° año
A	Asiático	1	1er año	9	9° año
B	Negro o Afroamericano	2	2° año	10	10° año
N	Indígena Hawaiano o Isleño de Pacífico	3	3er año	11	11° año
W	Blanco	4	4° año	12	12° año
H	Hispano o Latino	5	5° año	D	Diploma de escuela secundaria (High School)
		6	6° año	G	GED
		7	7° año	PS	Universidad

**Favor de llenar el formulario al reverso para todo miembro del hogar mayor de los 18 que tiene:**

1. Ningunos ingresos - Ó -
2. Ingresos informales (se le paga en efectivo o tiene otras fuentes de ingresos no salariales)

# Formulario para Cero/Ningunos Ingresos

Favor de llenar el formulario al reverso para todo miembro del hogar mayor de los 18 que tiene: \_

1. Ningunos ingresos O
2. Ingresos informales (se le paga en efectivo o tiene otras fuentes de ingresos no salariales)\_

Nombre y Apellido del Solicitante: \_\_\_\_\_

Valor de ingresos durante los Últimos 30 Días\*: \_\_\_\_\_

(\* Ejemplo: Si la fecha de la solicitud es el 3 de octubre, incluye todo ingreso desde el 3 de septiembre.)

## Posibles Fuentes de Ingresos Informales:

- Manutención informal de menores / esposa
- Depósitos de latas
- Ayuda de familiares, iglesia, etc. (durante 3 meses o más)
- Dueño de un negocio
- La venta de chatarra
- Ingresos de fuentes no salariales
- Trabajo ocasional por dinero en efectivo
- Ingresos de propiedad de alquiler

Nombre y Apellido de los miembros del hogar mayores de los 18 que no reciben ningunos ingresos ni formales ni informales:	Sumo total de ingresos recibidos durante los últimos 30 días:	Fuente de ingresos (véase los ejemplos alistados arriba):	Actualmente asiste a High School? Sí o No

¿Cómo paga Ud. actualmente las necesidades básicas tales como el alquiler, los alimentos, la calefacción/el aire acondicionado?

Al firmar el presente formulario, certifico que la información declarada es verdadera y exacta. Estoy bajo pena de procesamiento penal si alguna información falsa resulta en asistencia para la cual no soy elegible. También comprendo que el acto de proporcionar información falsa aquí constituye el acto de fraude.

Firma del Solicitante

Fecha

Applicant Legal Name:  
 (Last, First) \_\_\_\_\_  
 Authorization # \_\_\_\_\_



¿Usted a solicitado asistencia energética? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

**Formulario de Solicitud  
 Servicios de Vivienda y Comunidad de Oregon**

2316 S 6th St. Suite C Klamath Falls, OR 97601  
 Phone: (541) 882-3500

**NOTE: ALL GREY AREAS ARE FOR KLCAS OFFICE USE ONLY**

Nombre y Apellido completos como en la Tarjeta del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	SSN/SSID	Género	Hispani c S/N	Raza	Tribu de OR	Educación	Discapacit ado S/N	Veterano S/N	Confinado a casa	SNAP S/N	OHP S/N	Otro Seguro	SS/ID Verified

Teléfono: \_\_\_\_\_  Celular  de Casa  Mensaje  
 Correo Electrónico : \_\_\_\_\_

**Tipo de hogar (circule uno):**  Matrimonio  2-Padres  Familia extendida  
 Solo  Mujer monoparental  Hombre monoparental  Cohabitantes

Dirección Física: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad, Estado, ZIP Condado  
 Dirección Postal : \_\_\_\_\_  
 (Si distinta a la dirección física)

Clase de Vivienda (circule uno):	Estado de residencia (circule uno):	Utilidad de Agua y Aguas Residuales :
<b>H</b> Casa para una sola familia	<b>R</b> Alquiler (agua no incluida)	Nombre de Utilidad: _____
<b>M</b> Unidad Múltiple (2-4)	<b>E</b> Alquiler (agua incluida)	
<b>U</b> Unidad Múltiple (más de 4)	<b>S</b> HUD o Sección 8 (agua no incluida)	Numero de Cuenta: _____
<b>A</b> Casa prefabricada / móvil	<b>O</b> Dueño	
<b>E</b> Hotel/Motel	<b>T</b> Vivienda tribal	
<b>T</b> Tráiler de viaje		
<b>R</b> Otra		

Nombre	Tipo de Ingreso			

**DESCARGO DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA:**

Con mi firma, yo, el Solicitante, estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones en lo que respecta al programa de Asistencia de Agua y Aguas Residuales (LIHWA):

- En certificado que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta y se usa para determinar mi elegibilidad para asistencia de agua y aguas residuales.
- Yo entiendo que la información provista, si tergiversada o incompleta, puede resultar en una terminación inmediata y/o puede resultar en sanciones según lo especificado en el lay, incluyendo, pero no limitado a, los Actos de Reclamos de federal o Oregón.
- Como titular de la cuenta de servicios de agua y/o aguas residuales, yo estoy de acuerdo con la liberación de información adicional al proveedor de servicios de agua y/o aguas residuales o sus representantes a verificar los servicios prestados y los costos asociados con esos servicios y para procesar pagos.
- Si pago mi propietario u otro representante autorizado para servicios de agua y/o aguas residuales, yo previsto la forma de Autorizado de los Propietarios con firma para la liberación de información.
- En adicional, yo estoy de acuerdo que los datos e información en esta solicitud y este del proveedor de servicios de agua y/o aguas residuales (no incluyendo mi información personal o identificativa) puede ser utilizado para reportar o evaluar del programa por el proveedor de servicios de agua y/o aguas residuales, sus socios y representantes autorizados, y el Estado de Oregón, incluyendo pero no limitado a la agencia de Vivienda y Servicios Comunitarios del Estado de Oregón (OHCS) y sus socios y representantes autorizados.

**Firma del Solicitante**

**Fecha**

---