Community Action, Inc. of Central Texas
DEVELOPING OPPORTUNITIES

## Aplicar:

Las solicitudes pueden enviarse por correo, correo electrónico, fax o entregarse a las siguientes ubicaciones:

**Hays County & Blanco County**:
PO Box 748 **San Marcos**, TX 78667 o 215 S. Reimer Ave. Ste.130, **San Marcos**, TX, 78666
512-392-1161, ext. 312 – Office Hours: 8am-12, 1-5pm Monday to Friday
Email: rdentinger@communityaction.com o mmarshall@communityaction.com Fax: 512-396-4255

**Caldwell County**:
901 Bois D'Arc Street, **Lockhart**, TX 78644, 512-398-4420 *(Por favor llame para horario de oficina)*
Email: mflores@communityaction.com; Fax: 512-398-4189
PO Box 231/109 E. Newton Street, **Luling**, TX 78648, 830-875-3707 *(Por favor llame para horario de oficina)*
Email: rcruz@communityaction.com; Fax: 830-875-3706

## ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS - ACERCA DEL PROGRAMA

El Programa Integral de Asistencia Energética (CEAP) combina educación y asistencia financiera para ayudar a los consumidores de bajos ingresos a reducir sus facturas de servicios públicos. Los servicios incluyen asistencia para el pago de servicios públicos de electricidad, gas natural y propano.También se da prioridad a los porcentajes más bajos de los niveles de ingresos, las cargas energéticas más altas, las personas vulnerables de 60 años y más, las personas con discapacidad y las familias con niños de cinco años o menos, y los veteranos.

**Componente de Asistencia de Servicios Públicos (UA):** los pagos son para ayudar a los hogares de bajos ingresos a reducir los costos de energía de su hogar y los pagos hasta los límites de asignación se basan en el historial de facturación anterior de 12 meses. Los hogares de bajos ingresos con un miembro prioritario vulnerable reciben asistencia hasta su límite de asignación. Los hogares con miembros no vulnerables reciben seis meses de asistencia hasta su límite de asignación.

**Componente de asistencia en caso de crisis (CAC):** proporciona asistencia con las facturas de servicios públicos cuando los hogares han perdido el servicio o están en peligro de perder el servicio y cumplir **con una de las tres condiciones** que incluyen:

1. *Condiciones climáticas extremas. Las condiciones climáticas extremas solo son aplicables durante los meses de verano de junio, julio, agosto y septiembre y los meses de invierno de noviembre, diciembre, enero y febrero.*
2. *El presidente o gobernador declaró desastre o*
3. *Crisis que amenaza la vida.*

Los pagos se realizan directamente a la compañía de servicios públicos y **no incluyen** ninguna *tarifa por agua, alcantarillado, basura, luces de seguridad, tarifas de desconexión, tarifas por retraso, tarifas de recuperación de cobro, protectores contra sobretensiones, tarifas de membresía, depósitos, tarifas de asistencia de agencias, tarifas de cheques devueltos, etc*.

***RECORDATORIO: ¡NO SE ACEPTARÁN ni PROCESARÁN LAS APLICACIONES INCOMPLETAS!***

- *Once the application is received with ALL supporting documents, it will be processed in the order it is stamped complete and by priority.*
- ***Until your application is processed, you are responsible for your utility bills and any late fees applied.***
- *Once the application is processed, you will be notified if you qualify for assistance. This application is for screening purposes only and does not guarantee your eligibility to receive services.*
- *If you qualify for assistance, you will be called and sent information.*
- *An appointment can be scheduled with a Case Manager if needed.*
- *NOTE: All assistance is subject to the availability of funds.*

### ÁREA DE SERVICIO

Los condados atendidos por el **Community Services Block Grant (CSBG)** y el **Programa Integral de Asistencia de Servicios Públicos (CEAP)** incluyen: **Blanco, Caldwell y Hays**.

### FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Este programa está financiado (en su totalidad o en parte) por el **Texas Department of Housing and Community Affairs (TDHCA)**.

Community Action, Inc. of Central Texas
DEVELOPING OPPORTUNITIES

# 2020 Intake Application

| | | |
|---|---|---|
| Apellido: | Primero: | Medio I: |
| Direccion: | | Apt #: |
| Ciudad, Estado, Código postal: | | Condado: |
| Dirección de correo (si es diferente): | | Apt#: |
| Ciudad, Estado, Código postal: | | Condado: |
| Teléfono de casa: | Móvil: | |
| Dirección de correo electrónico: | | |

## ***RECORDATORIO: ¡NO SE ACEPTARÁN ni PROCESARÁN LAS APLICACIONES INCOMPLETAS!***

- Una vez que se recibe la solicitud con TODOS los documentos de respaldo, se procesará en el orden completado y por prioridad.
- Hasta que se procese su solicitud, usted es responsable de sus facturas de servicios públicos y de cualquier cargo por demora aplicado.
- Una vez que se procese la solicitud, se le notificará si reúne los requisitos para recibir asistencia. Esta aplicación es solo para fines de detección y no garantiza su elegibilidad para recibir servicios.
- Si califica para asistencia, se le llamará y se le enviará información.
- Se puede programar una cita con un administrador de casos si es necesario.
- NOTA: toda la asistencia está sujeta a la disponibilidad de fondos.

***DOCUMENTOS REQUERIDOS:***

1. **Solicitud de admisión COMPLETA.**
2. **Copia de identificación válida con foto y tarjeta de Seguro Social de ALL IN HOUSEHOLD.** (ejemplo: licencia de conducir, identificación y SS de Texas)
3. **Prueba de TODOS los ingresos de los últimos 30 días para todos los miembros del hogar mayores de 18 años que trabajan o reciben asistencia.** *(Carta de adjudicación del Seguro Social / SSI / VA, talones de cheques, carta de TANF, beneficios de desempleo, manutención infantil, etc.)NOTA: Si algún miembro del hogar, mayor de 18 años, NO recibe ningún ingreso, debe completar la Declaración de ingresos adjunta.*

***Para obtener ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS - información adicional necesaria:***

**1. PRUEBA DE CIUDADANÍA e IDENTIDAD para TODOS los miembros del hogar.** *Si necesita ayuda, contacte con nosotros.*

| **UNA DE ESTAS** | **O** | **ID DE FOTO VÁLIDA** | **Y** | **UNA DE ESTAS** |
|---|---|---|---|---|
| Pasaporte Válido | | Emisión del Estado Licencia de Conducir | | Certificado de Nacimiento Emitido por el Estado |
| Certificado de Naturalización | | Tarjeta Militar, Tarjeta de Identificación | | *(NO el Registro de Huella)* |
| Certificado de Ciudadanía US | | Tarjeta de Delincuente Estatal, | | Tarjeta de Residencia Permanente |
| Tarjeta de Inscripción Tribal de US | | ID de Escuela Actual Tarjeta | | No Inmigrante Tarjeta de Refugiado / Asilado |

**2. Un historial de facturación de 12 meses** de cada uno de sus proveedores de energía. (Eléctrico, gas natural y propano. Para obtener este historial, los clientes de la *Ciudad de San Marcos* deben solicitar un "Historial de uso eléctrico" para Community Action, Inc. Los clientes de *PEC* deben solicitar un "Perfil del cliente". Los clientes de la *Ciudad de Lockhart* y la *Ciudad de Luling* deben pagar una pequeña tarifa por el informe.
*Nota: Si un historial de 12 meses no está disponible, envíe tantos meses disponibles.*

**3.** Sus **facturas actuales de servicios públicos** de *Electricidad*, *Gas Natural* y *Propano* y un aviso de desconexión, ***si corresponde.***

*SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Cliente potencialmente elegible para los siguientes programas y referencias de Community Action, Inc.*
☐ :Head Start/Early Head Start ☐ Health Services ☐ Adult Education
☐ Community Services ____CEAP ____SMEU ____PEC ____CSBG ____Senior Citizen Center ____*SM Lifeline*

Community Action, Inc. of Central Texas
Aplicación de admisión

Lista el jefe de familia y TODAS las demás personas que viven en el hogar. Se requiere toda la información para determinar la elegibilidad de su hogar. Use hojas adicionales si es

| Miembro del hogar | Relación con el solicitante | Fecha de nacimiento Numero de Social | Años | Género M o F | Raza-Etnicidad | Hispano Si o No | Educación | Trabajando Si o No | Con que frecuencia se paga | Seguro de salud Si o No | Veterano Si o No | Discapacitado Si o No |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | self | | | | | Si ○ No ○ | 0-8 ○ 9-12 ○ HS Grad/GED ○ 12+ college ○ 2 or 4 yr Grad ○ | Si ○ No ○ | | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ |
| 2. | | | | | | Si ○ No ○ | 0-8 ○ 9-12 ○ HS Grad/GED ○ 12+ college ○ 2 or 4 yr Grad ○ | Si ○ No ○ | | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ |
| 3. | | | | | | Si ○ No ○ | 0-8 ○ 9-12 ○ HS Grad/GED ○ 12+ college ○ 2 or 4 yr Grad ○ | Si ○ No ○ | | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ |
| 4. | | | | | | Si ○ No ○ | 0-8 ○ 9-12 ○ HS Grad/GED ○ 12+ college ○ 2 or 4 yr Grad ○ | Si ○ No ○ | | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ |
| 5. | | | | | | Si ○ No ○ | 0-8 ○ 9-12 ○ HS Grad/GED ○ 12+ college ○ 2 or 4 yr Grad ○ | Si ○ No ○ | | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ |
| 6. | | | | | | Si ○ No ○ | 0-8 ○ 9-12 ○ HS Grad/GED ○ 12+ college ○ 2 or 4 yr Grad ○ | Si ○ No ○ | | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ |

FUENTES DE INGRESOS *(Indique TODOS los ingresos de adultos y niños mayores de 18 años durante los últimos 30 días)*

| **Identifique los ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes:** | | | **$ recibo por mes** | **# veces por mes** |
|---|---|---|---|---|
| Salario de Empleo | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Propina o Bonificaciones | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Comisiones / Honorarios | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Regalos recurrentes | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Beneficios para veteranos | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Ingreso de negocios | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Intereses / Dividendos | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Seguridad Social | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Seguridad de Ingreso Discapacidad (SSDI) | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Fondos de jubilación | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Pensión | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Beneficios de desempleado | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Compensación de Trabajadores | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| TANF | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Cupones de alimentos (Estampillas) | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Medicare o Medicaid | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Asistencia general | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Desconocido/no reportada | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| EITC | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |
| Seguro Privado de Invalidez | ☐ Si | ☐ No | ____ | ____ |

☐ Manutención de los hijos ☐ Posible ☐ Voluntario ☐ Orden judicial (independientemente de si se paga)

Otros _____

**Informacion de Vivienda**

Tipo: ☐ Casa privada ☐ Casa móvil ☐ Apartmento ☐ Vivienda pública

:Propio ☐ Si ☐ No / HipotecaMes $_____

Renta : ☐ Si ☐ No Renta/Mes $_____Utilidades incluidas ☐ Si ☐ No

**Informacion de utilidades**

Servicio Electrico:_____Número de cuenta_____ Heating ☐ Cooling ☐ Both ☐

Gas Natural Servicio:_____Número de cuenta_____ Heating ☐ Cooling ☐ Both ☐

Servicio de propan Número de cuenta_____ Heating ☐ Cooling ☐ Both ☐

Tipo de A/C: ☐ Central ☐ Unidad de ventana ☐ Ninguno

Tipo de Calentador: ☐ Central ☐ calentador eléctrico ☐ Fireplace ☐ Ninguno

**Informaci0n prioritaria**

1. ¿Alguna vez ha recibido servicios con Community Action, Inc. de Central ☐ Si ☐ No
2. ¿Alguien está inscrito en educación secundaria o registrado en la Fuerza Laboral de Texas en los últimos 30 días? ☐ Si ☐ No
3. ¿Alguien en la casa tiene 60 años de edad o más? ☐ Si ☐ No
4. ¿Hay alguien en el hogar? ☐ Si ☐ No
5. ¿Hay niños de 5 años o menos en el hogar? ☐ Si ☐ No
6. ¿Está interesado en recibir servicios de administración de casos para aumentar el nivel de ingresos /educacion? ☐ Si ☐ No

**INFORMACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

¿Alguien en el hogar actualmente se desempeña como empleado, agente, consultor, oficial o funcionario electo o designado de Community Action, Inc. de Texas Central? ☐ Si o ☐ No En caso afirmativo, identifique quién es y su posición _____

¿Hay alguien en el hogar relacionado con alguien que se desempeñe actualmente como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo de Community Action, Inc. de Central Texas? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, identifique quién y posicion _____

FOR OFFICE USE ONLY: *If there is a Conflict of Interest, this application requires the Executive Director's Signature.*

Executive Director Signature: _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE: CEAP/CSBG ELIGIBILITY DETERMINATION

1. Calculations: Monthly_____x 12 = _____
   Monthly_____x 12 = _____ Total Annual Income $_____
2. Household Poverty Income Level:_____0-50%_____>50-75%_____>75-125%_____>125-150% _____>50%
3. Verification/Documentation of Household Income used: _____

Staff Signature_____ Date _____

Community Action, Inc.
of Central Texas
DEVELOPING OPPORTUNITIES

# AUTORIZACIONES Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN.:

1. **La información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**.
2. Entiendo que el ingreso bruto de mi hogar está anualizado en el momento de la solicitud de acuerdo con las normas y procedimientos preestablecidos de la agencia para recibir asistencia.
3. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad, la cantidad de asistencia recibida o una demora en recibir servicios de Community Action, Inc. de Central Texas.
4. Autorizo al Departamento de Vivienda y Acción Comunitaria de Texas, Inc. de Texas Central a solicitar / verificar información, incluida la verificación de empleo necesaria para proporcionar asistencia con mis utilidades y / o facturas de combustible, tanto pasadas como futuras.
5. Soy un solicitante de Community Action, Inc. de Central Texas. Por este medio doy mi permiso para divulgar y verificar toda la información solicitada y entiendo que se mantendrá en estricta confidencialidad para ser utilizada solo para fines del programa. Entiendo que la fotocopia de este comunicado es tan válida como el original y se puede usar para obtener información de empleo o verificar otros datos.
6. Entiendo que si cambio de compañía de servicios públicos, debo notificar al asistente social dentro de los 5 días hábiles posteriores a mi nuevo servicio público y el número de cuenta con el nombre en la cuenta. Si no notifico a Community Action, Inc. de Texas Central acerca de mi nueva compañía de servicios públicos, perderé cualquier pago debido. Cuando se proporciona la información, cualquier asistencia restante puede ser reintegrada.
7. Si usted u otro miembro de la familia no tiene ingresos, debe completar la hoja de Declaración de no ingresos para todos los miembros de la familia mayores de 18 años que no tengan ingresos. En esta hoja no incluya a nadie que haya mostrado ingresos en la solicitud. La Declaración de No Ingreso  Ya no necesita ser notariado.
8. ENTIENDO QUE SOY SUJETO A PROSECCIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA SOBRE ESTA SOLICITUD

*Certifico que la información en esta solicitud es correcta y también entiendo que el recibo o la asistencia a través de una tergiversación o fraude se puede castigar con una multa o encarcelamiento.*

**Firma del solicitante**_____ **Fecha**_____

**Staff Signature**_____ **Date**_____
*(when application is logged in)*

01/2018

## Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)

**Formulario de Certificación del Cuidadano/Nacional de EEUU Solicitante para CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP Subrecipients, y SHTF, ESG, HHSP, EH (subdivisión política solamente)**

El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de America (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

| Nombre los miembros del hogar | Ciudadano de los Estados Unidos de America (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EEUU (Si o No) | Extranjero Calificado (Si o No) | Nombre los documentos proporcionados para: | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Ciudadanía/Extranjero Calificado | Identificación |
| | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | | |
| | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | | |
| | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | | |
| | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | | |
| | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | | |
| | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | | |
| | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | | |
| | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | | |
| | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | | |
| | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | | |
| | Si ○ No ○ | Si ○ No ○ | | |

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

**Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulante.**

| | |
|---|---|
| | |
| **Firma del Solicitante** | **Fecha** |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Firma del personal certificando la verificaron de documentos** | **Imprima el nombre del personal** | **Fecha** |

# Evaluando Tus Necesidades

Indique qué necesidades tiene a continuación marcando con un círculo "sí" o "no" en cada casilla. Si circula “sí”, explique la necesidad que está experimentando para que podamos ayudarlo.

| Servicio | Necesitar | Explicación | Servicio | Necesitar | Explicación |
|---|---|---|---|---|---|
| **Necesidades básicas** Comida, Ropa, WIC, Comida en ruedas Emergencia, Otra auyda | | | **Asesoramiento:** Familia, Abuso de alcohol sustancias o otra auyda | | |
| **Ingresos:** SS, SSI, TANF, VA, Apoyo Para ninos, Budget, Otra auyda | | | **Transporte:** Al trabajo, Cita con doctor , reparar el automóvil | | |
| **Necesidades de empleo:** En busca de un trabajo Currículum, Otra auyda | ` | | **Necesidades de veteranos:** entrenamiento médico, reparaciones en el hogar accesibilidad para discapacitados | | |
| **Asistencia de utilidad** Eléctrico, Gas Natural, Propano Otra auyda | | | **Necesidades legales** Apoyo para ninos, Criminal, Civil, Otras auyda | | |
| **Necesidades de vivienda:** Albergue temporal, subvencionado sección 8 de vivienda , refacción , Climatización, Otra auyda | | | **Necesidades de salud:** Inmunizaciones, Prescripción , Primary Health Care, Apoyo problemas mental, Otras auyda | | |
| **Refrigeración calefacción:** Calentadores, unidades de ventana Refacción, Calentador de agua Gas Natural Pipas Regaccion | | | **Educación:** GED, Engles Lenguage-ESL, Entrenamiento Vocacional, Otras Auyda | | |
| **Otras necesidades:** | | | **Otras necesidades no identificadas** | | |

**Community Action, INC. of Central Texas**
COMMUNITY SERVICES

# Self Certification of Disability

| | |
|---|---|
| El nombre del solicitante: | |
| Nombre de la persona con discapacidad: | |
| Relación de la persona con discapacidad al solicitante: | |

## Personas con discapacidades: cualquier persona que sea:

- Un individuo discapacitado como se define en §7 (9) de la Ley de Rehabilitación de 1973;
- Bajo una discapacidad como se define en §1614 (a) (3) (A) o §223 (d) (1) de la Ley del Seguro Social o en §102 (7) de la Ley de Construcción de Instalaciones y Servicios para Discapacidades del Desarrollo;

o

- Recibiendo beneficios bajo 38 U.S.C. Capítulo 11 o 15.

**LA AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE PARA DECLARAR EL ESTADO DE DESACTIVADO:**
**Por la presente confirmo mi elegibilidad como Persona con Discapacidad, de acuerdo con la definición antes mencionada de Persona con Discapacidad.**

_____ _____
**Firma de la persona con discapacidad o su guardián** **Date**

# DECLARATION OF INCOME STATEMENT
# (DECLARACION DE INGRESOS)

| | | |
|---|---|---|
| Applicant Name (Nombre del Solicitante) | Applicant Last Name (Apellido) | Suffix (Sufijo) |
| Address (Dirección) | City (Ciudad) | Zip Code (Código Postal) |

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30 day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 dias antes del aplicar para asistencia)*

| | |
|---|---|
| Name (Nombre) | Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) |
| Name (Nombre) | Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) |
| Name (Nombre) | Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) |
| Name (Nombre) | Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) |

My household has no documented proof of income due to the following situation *(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):*

_____

_____

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveida de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveido información falsa ó fraudulenta.)*

_____ _____

*(Applicant Signature/Firma del Solicitante)* *(Date/Fecha)*