

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS (LIEAP)

CÓMO PRESENTAR LA SOLICITUD



Recorte esta página y conserve su información

¿CUÁNDO PUEDO SOLICITAR LIEAP?

A partir del martes tras el feriado de martin luther king Hasta el último día hábil de marzo.

¿CÓMO PUEDO SOLICITAR LIEAP? Solicite en línea o presente una solicitud

Presente la solicitud en línea en

www.dcf.ks.gov

- Haga clic en "Solicitar Servicios"
- Haga clic en "Asistencia de Energía"
- Si tiene preguntas, llame al 1-800-432-0043

Presente una solicitud

- Por Correo
- Fax
- Correo Electrónico

En base a su condado, utilice la información apropiada de contacto a continuación para presentar la solicitud.

Envíe su solicitud a la oficina LIEAP que presta servicios en el condado donde usted reside.

Condado donde Reside: Atchison, Douglas, Johnson, Leavenworth, Wyandotte	ENVÍE POR CORREO A:	DCF - LIEAP 402 State Avenue Kansas City, KS 66101	Correo Electrónico: KSLIEAP@dcf.ks.gov FAX: 1-888-652-0715 Teléfono: 913-279-7000
Condado donde Reside: Allen, Anderson, Bourbon, Brown, Chautauqua, Cherokee, Coffey, Crawford, Doniphan, Franklin, Jackson, Jefferson, Labette, Linn, Marshall, Miami, Montgomery, Nemaha, Neosho, Osage, Pottawatomie, Shawnee, Wabaunsee, Wilson, Woodson	ENVÍE POR CORREO A:	DCF - LIEAP 500 SW Van Buren Topeka, KS 66603	Correo Electrónico: LIEAPEast@dcf.ks.gov FAX: 1-888-543-3087 Teléfono: 785-296-2500
Condado donde Reside: Barber, Butler, Cowley, Elk, Greenwood, Harper, Kingman, Pratt, Sedgwick, Sumner	ENVÍE POR CORREO A:	DCF - LIEAP 2601 South Oliver Wichita, KS 67210	Correo Electrónico: LIEAPWichita@dcf.ks.gov FAX: 1-888-543-3089 Teléfono: 316-337-6441
Condado donde Reside: Barton, Chase, Cheyenne, Clark, Clay, Cloud, Comanche, Decatur, Dickinson, Edwards, Ellis, Ellsworth, Finney, Ford, Geary, Gove, Graham, Grant, Gray, Greeley, Hamilton, Harvey, Haskell, Hodgeman, Jewell, Kearny, Kiowa, Lane, Lincoln, Logan, Lyon, Marion, McPherson, Meade, Mitchell, Morris, Morton, Ness, Norton, Osborne, Ottawa, Pawnee, Phillips, Rawlins, Reno, Republic, Rice, Riley, Rooks, Rush, Russell, Saline, Scott, Seward, Sheridan, Sherman, Smith, Stafford, Stanton, Stevens, Thomas, Trego, Wallace, Washington, Wichita	ENVÍE POR CORREO A:	DCF - LIEAP 1710 Palace Dr Garden City, KS 67846	Correo Electrónico: LIEAPWest@dcf.ks.gov FAX: 1-888-543-3088 Teléfono: 620-272-5800

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS (LIEAP)

PREGUNTAS FRECUENTES

Recorte esta página y conserve su información

1. **Pregunta:** ¿Quién califica para LIEAP?

Respuesta: Los grupos familiares que califican:

- No deben superar los límites de ingresos que se muestran en la tabla a la derecha
- Deben ser personalmente responsables por los costos de combustible para calefaccionar pagaderos ya sea al propietario, compañía de servicios públicos o proveedor de combustible
- Deben haber realizado pagos recientes de por lo menos \$80 para sus costos

Personas que Viven en el Domicilio	Máximo de Ingresos Brutos Mensuales
1	\$1,276
2	\$1,726
3	\$2,177
4	\$2,628
5	\$3,078
6	\$3,529
7	\$3,980
8	\$4,430
+1	\$451

2. **Pregunta:** Tengo una deuda con la compañía de gas/electricidad desde hace más de un año. ¿Será mayor mi beneficio?

Respuesta: No necesariamente. El monto del beneficio está basado en la financiación federal recibida, en la cantidad anticipada de solicitantes, el tipo de vivienda, el tipo de combustible principal para calefaccionar, la cantidad de miembros del grupo familiar (ciudadanos) y los ingresos del mismo.

3. **Pregunta:** ¿Puedo calificar para LIEAP si mi nombre no figura en la factura de servicios públicos?

Respuesta: El solicitante y la persona que firman la solicitud en línea deben ser la persona cuyo nombre aparece primero en la factura de energía de la principal fuente de calefacción. O si usted le paga al propietario costos de combustible incluidos en la renta, o adeudados además de la renta, también puede calificar y debe solicitar LIEAP con su nombre.

4. **Pregunta:** ¿Puedo dividir mi beneficio si mi nombre está en una factura de servicios públicos y el de mi cónyuge (u otro miembro del grupo familiar) en la otra factura?

Respuesta: No puede dividir su beneficio entre dos proveedores si el nombre del solicitante no está en ambas facturas de servicios públicos.

5. **Pregunta:** ¿Cuántos pagos recibiré?

Respuesta: LIEAP paga un beneficio por año. Podría emitirse un pago suplementario, dependiendo de la financiación.

6. **Pregunta:** ¿Cómo sabré si soy elegible para un beneficio?

Respuesta: Las solicitudes son procesadas dentro de los 45 días de recibidas. Usted será notificado por correo.

7. **Pregunta:** Recibí mi beneficio LIEAP, pero aún necesito ayuda. ¿Qué otra cosa puedo hacer?

Respuesta: Comuníquese con el Ejército de Salvación, la Cruz Roja, United Way local u otra agencia local de ayuda, conjuntamente con su compañía de servicios públicos para otras opciones disponibles.

8. **Pregunta:** ¿Qué es la Norma de Clima Frío?

Respuesta: La Norma de Clima Frío aplica solamente a clientes residenciales de compañías de servicios públicos de electricidad y gas natural dentro de la jurisdicción de la Comisión Corporativa de Kansas. Para obtener más información acerca de la Norma de Clima Frío por favor visite KCC en http://kcc.ks.gov/pi/cwr_english.htm comuníquese con ellos al 785-271-3000.

9. **Para evitar demoras en el procesamiento de su solicitud, asegúrese de proporcionar lo siguiente:**

- Respuesta a todas las preguntas en la solicitud de LIEAP
- Solicitud firmada por TODOS los miembros adultos del grupo familiar
- Copias de todos los elementos necesarios
- Comprobante de ingresos ganados y no ganados de todos los miembros del grupo familiar
- Copia de todas las facturas de combustibles (gas, electricidad, propano, etc.)
- Comprobante de Manutención de Niño u Orden Judicial

(Siempre envíe copias, no envíe originales; no serán devueltos).

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS DE KANSAS

Si tiene preguntas, llame sin costo a: 800-432-0043 o visite www.lieap.dcf.ks.gov.



La solicitud completada debe ser recibida antes del cierre del horario comercial el último día laborable de Marzo.

ES-3500
09-17

1. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR						
En la línea 1 liste la persona cuyo nombre aparezca en la factura del servicio público de calefacción si vive su hogar. De lo contrario lístese usted en la línea 1 seguido de todas las otras personas que actualmente viven en el domicilio donde usted vive. Adjunte hojas adicionales si fuera necesario. (Códigos de Raza: A=Asiática, B=Negra, H=Hispana, N=Nativa Americana, W=Blanca, O=Otra)						
Nombre (Apellido, Primero, Inicial del Segundo)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo M o F	Raza – Liste Todas las que Apliquen (opcional)	Ciudadano o Residente Legal	Discapacitado
1)					Sí / No	Sí / No
2)					Sí / No	Sí / No
3)					Sí / No	Sí / No
4)					Sí / No	Sí / No
5)					Sí / No	Sí / No
6)					Sí / No	Sí / No
7)					Sí / No	Sí / No
8)					Sí / No	Sí / No
9)					Sí / No	Sí / No
10)					Sí / No	Sí / No

¿Recibe alguien en el grupo familiar asistencia alimentaria? Sí No

¿Solicitó Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos (LIEAP) el año pasado? Sí No

Idioma preferido, si no fuera Inglés:
Escrito: _____ Hablado: _____ ¿Lenguaje de Señas? Sí No

DOMICILIO DONDE USTED VIVE ACTUALMENTE

 Domicilio Ciudad Estado Código Postal Condado

DOMICILIO POSTAL SI ES DIFERENTE DE SU DOMICILIO

 Nombre Domicilio Ciudad Estado Código Postal Condado

Por favor marque el recuadro correcto. Este es su: Tutor Guardián Beneficiario de Ingreso Suplementario (SI) Otro:

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Teléfono durante el día: _____ Teléfono para Mensajes: _____
 Teléfono Laboral: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

2. Situación de Emergencia. Si usted se encuentra actualmente en una situación de emergencia con sus servicios públicos, trace un círculo alrededor de la letra de todas las que apliquen. Adjunte un comprobante de desconexión, de lo contrario el caso no será considerado una emergencia.

A	Su hogar está actualmente desconectado del servicio público. Fecha de desconexión: _____
B	A usted se le ha acabado o le queda muy poco propano o leña para hacer funcionar su fuente principal de calefacción. Liste el porcentaje estimado de propano disponible %: _____ Cantidad de madera disponible _____ (es decir, ¼ de medida de madera)
C	Alguien en su grupo familiar está utilizando equipo médico de soporte que funciona con electricidad. (máquina de diálisis, concentrador de oxígeno, respirador de presión positiva intermitente, alarma de insuficiencia respiratoria en bebés, etc.) Identifique el equipo: _____
D	Sus servicios públicos serán de hecho desconectados dentro de un plazo de 48 horas. Fecha de desconexión: _____

3. Ingresos del Grupo Familiar. Usted debe proporcionar un comprobante de ingresos. Por favor adjunte talones de pago, declaraciones del empleador, etc. para todos los ingresos que no sean el Seguro Social, SI, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o beneficios por desempleo (UC) para todos los miembros del grupo familiar.

		Monto Mensual	Nombre de la Persona	Uso de la Oficina Solamente
WA	Sueldos Brutos, Salarios, Propinas, Comisiones \$			
	Tarifa por hora: _____ Horas por semana: _____ Frecuencia de pago: _____ Nombre y domicilio del empleador: _____			
WA	Sueldos Brutos, Salarios, Propinas, Comisiones \$			
	Tarifa por hora: _____ Horas por semana: _____ Frecuencia de pago: _____ Nombre y domicilio del empleador: _____			
WA	Sueldos Brutos, Salarios, Propinas, Comisiones \$			
	Tarifa por hora: _____ Horas por semana: _____ Frecuencia de pago: _____ Nombre y domicilio del empleador: _____			
		Monto Mensual	Nombre de la Persona	
SS	Beneficios de la Administración del Seguro Social			
SI	Ingreso de Seguridad Suplementario/SSI			
CS	Manutención de Niño/ Pensión Alimentaria (proporcione copia de orden judicial)			
CA	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)			
UC	Beneficios de Desempleo			
SE	Ingreso de Empleo por cuenta propia/Actividad Agropecuaria (proporcione copia de declaración de impuestos completa)			
VA	Beneficios de Administración de Veteranos/Beneficios VA (proporcione copia del número de reclamo)			

RR	Jubilación del Ferrocarril u Otras Pensiones		
IR	Ingresos por Intereses superiores a \$50 por mes (proporcione comprobante)		
OT	Otro (por favor liste y proporcione comprobante)		
¿Está alguien de huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, el nombre de la persona: _____			

4. Tipo de Vivienda- Trace un círculo alrededor de la letra que describe mejor el lugar donde usted vive.

H	Vivienda unifamiliar, vivienda modular, casa rodante	J	Casa remolque, autocaravana, vehículo recreativo
D	Dúplex (2 unidades en el edificio)	G	Hogar Grupal
A	Apartamento (3 o más unidades en el edificio)	N	Asilo de Ancianos
O	Otros, por favor liste _____		

5. ¿Vive usted en una Vivienda Subsidiada (Sección 8, Vivienda Pública u asilo de ancianos)? Sí No
De ser así, liste el nombre y el teléfono del arrendador y/o unidad: _____
(Proporcionar una copia de su contrato de alquiler)

6. Sistema de Calefacción. Trace un círculo alrededor de la letra que describe mejor el sistema principal de calefacción utilizado en su hogar, incluso si actualmente no está siendo utilizado.

G	Calefacción Central a Gas	F	Calefacción de Piso o Pared
R		V	Estufa Independiente con Ventilación
E		S	Sistemas de Calefacción Solar
W	Estufa de Leña o Chimenea	H	Calentadores de Zócalo o Rodapiés

¿Utiliza este sistema? Sí No

De no ser así, por favor trace un círculo alrededor de la letra apropiada a continuación.

- No tiene el servicio porque no puede pagar la reinstalación del servicio.
- No tiene el servicio porque no puede pagar la entrega de un combustible a granel.
- El equipo no funciona y no puede pagar para que lo arreglen.
- Otro: _____

7. Tipo de Combustible. Trace un círculo alrededor de la letra que describe el combustible utilizado en el sistema de calefacción principal con que está equipado su hogar.

G	Gas Natural de Cañerías Subterráneas
E	Electricidad
P	Propano a granel entregado
O	Otro (gas envasado, kerosene, fuel oil, carbón o leña). Por favor liste el tipo: _____ Nombre y número de identificación fiscal del proveedor de leña: _____

Nombre del proveedor de servicios públicos que proporciona el combustible que calefacciona su hogar: _____

8. Factura de Combustible. Trace un círculo alrededor de la letra que describe mejor cómo paga usted su factura de combustible para calefacción.

A	La factura de combustible está a su nombre o a nombre de otro miembro de su grupo familiar. Nombre: _____
B	Su gasto de calefacción está incluido en su renta. Nombre y número de teléfono del arrendador: _____
C	Su factura de combustible está a nombre de su arrendador y usted le paga ya sea al arrendador o a la compañía de combustible. Nombre y número de teléfono del arrendador: _____
D	Su factura de combustible está a nombre de otra persona que no es un adulto de su grupo familiar ni el arrendador de su vivienda. Nombre y relación: _____

9. Pagos Realizados

¿Ha realizado usted pagos de costos de energía que totalicen \$80 o más en los últimos 3 meses?
 Sí No (**Proporcione comprobante de pagos de servicios públicos de energía**).

Si sus servicios públicos están incluidos en la renta, ¿ha pagado usted renta en al menos 2 de los últimos 3 meses?
 Sí No (**Proporcione comprobante de pagos de renta**).

10. Información del Proveedor

El “proveedor principal de combustible para calefacción” es el proveedor que proporciona el combustible principal utilizado para calefaccionar su hogar.

El “proveedor de combustible secundario” es el otro proveedor de energía que usted quisiera que reciba la 1/2 de su beneficio LIEAP.

Nombre del proveedor principal de combustible para calefacción: _____

Número de Cuenta: _____

Nombre del proveedor secundario de combustible a ser pagado: _____

Número de Cuenta: _____

11. Opciones de Pago de LIEAP. Trace un círculo alrededor de la letra que indica cómo desearía usted que sean emitidos sus beneficios.

A	Hacer que la totalidad de mi beneficio de energía sea pagado a mi proveedor de calefacción. (Adjunte una copia de la factura de calefacción).
B	Dividir mi beneficio de energía (½ a mi proveedor principal de combustible y ½ a mi proveedor secundario). (Adjunte una copia de ambas facturas).
<ul style="list-style-type: none">• Usted puede hacer esta elección solamente una vez para el año de beneficios.• Todos los pagos, incluso cualquier pago adicional emitido durante los meses de verano, serán realizados de acuerdo con esta elección.• Si solicita la división de su beneficio, el nombre de la factura en todas las cuentas deberá ser el mismo.• Si no elige nada, la totalidad de su beneficio irá al proveedor de calefacción.	

12. Agencia de Ayuda

Por favor liste el nombre de cualquier agencia u organización que le haya ayudado a completar esta solicitud:

13. Programa de Asistencia para Climatización de Kansas (K-WAP)

El Programa de Asistencia para Climatización de Kansas proporciona mejoras de energía hogareña en forma gratuita para hogares de bajos ingresos que ayuda a reducir las facturas de energía, como por ejemplo agregando aislamiento y sellando grietas y brechas por donde se escapa el aire. Para obtener más información acerca del Programa de Asistencia para Climatización de Kansas, por favor llame sin costo a la línea de Información de Vivienda al 1-800-752-4422.

El Departamento para Niños y Familias de Kansas proporciona igualdad de oportunidades en sus servicios, actividades y programas que reciben asistencia financiera federal, sin importar la raza, color, nacionalidad, sexo o condición de discapacidad del participante.

LEA CON ATENCIÓN LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR

¡SU SOLICITUD NO PUEDE SER PROCESADA SIN SU FIRMA!

- Por la presente solicito asistencia LIEAP administrada por el Departamento para Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) del Estado de Kansas.
- Declaro que la información que he proporcionado es auténtica, correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Comprendo que la información que he proporcionado en esta solicitud estará sujeta a verificación por parte del DCF.
- Si cualquier miembro del grupo familiar declarado en mi solicitud está en la actualidad recibiendo asistencia alimentaria, TANF o manutención de niño, por la presente autorizo a la agencia a utilizar mi expediente del DCF para documentar mis ingresos y elegibilidad para los recursos para LIEAP.
- Por la presente autorizo al DCF a divulgar información relacionada con mi solicitud de LIEAP a mi proveedor de combustible para determinar la elegibilidad.
- Doy permiso al DCF a utilizar la información provista en esta solicitud para los fines de investigación, evaluación y análisis del programa.
- Comprendo que puede ser multado, encarcelado o ambos por ley estatal o federal si realizo declaración/ones falsa(s) en esta solicitud para obtener beneficios que no tengo derecho a recibir.
- Comprendo que debo proporcionar comprobante de ingresos y otra información necesaria para establecer la elegibilidad. Comprendo que mi elegibilidad será determinada bajo las pautas del personal del DCF.
- Comprendo que si recibo asistencia como resultado de ocultar o proporcionar información falsa, deberé devolver los costos de esa asistencia y podría enfrentar cargos penales.
- Comprendo que solo una persona en cada grupo familiar puede recibir beneficios LIEAP durante el año, de una sola agencia gubernamental. No puedo recibir LIEAP del DCF y de una entidad Tribal durante el mismo año.
- Comprendo que si mi servicio público es un proveedor que ha realizado un acuerdo para recibir pagos de LIEAP en forma electrónica, mi beneficio será enviado directamente al proveedor.
- Comprendo que tengo que continuar realizando pagos regulares a mi proveedor de energía y que cualquier beneficio LIEAP que pudiera ser recibido no sustituye mi responsabilidad de pagarle al proveedor.
- Comprendo que será emitido solamente un beneficio LIEAP por año calendario, pero que ese beneficio puede ser repartido entre los proveedores de servicios públicos y que esta elección se puede realizar solamente una vez por año. Cualquier pago adicional que pudiera ser emitido durante los meses de verano será emitido de la misma manera que el original del invierno.
- Comprendo que puedo apelar un procesamiento de solicitud que exceda los 45 días calendario luego de que yo haya presentado la información completa. Comprendo que puedo apelar cualquier decisión y que mi solicitud debe ser realizada dentro de los 30 días de la denegación o aviso de beneficios.
- Autorizo al DCF u otro agente designado a divulgar la información en la solicitud y acerca de los beneficios a mis proveedores de energía y agencias de ayuda comunitaria.
- Autorizo a mi proveedor de energía a divulgar la información de mi cuenta, incluso pero no limitada a, mi historial de facturación y pago y niveles de consumo de energía al DCF, su agente designado y agencias de climatización.
- Autorizo que se realice cualquier investigación para establecer la elegibilidad de mi grupo familiar, incluso que divulguen los registros bancarios, de nómina de pago y/u otros de empresas y organizaciones.
- Comprendo que LIEAP es un programa financiado con fondos federales. Los beneficios están basados en la cantidad de fondos federales recibidos y podrían finalizar en cualquier momento en que la financiación no esté disponible.
- Comprendo que la solicitud completada debe ser recibida antes del cierre del horario comercial el último día laborable de Marzo.

Firma

X

Firma del Miembro Adulto del Grupo Familiar (Persona cuyo nombre figura en la factura de servicio principal de calefacción, si esa persona vive en ese domicilio).

Fecha

Teléfono durante el Día

X

Firma de Otro Miembro Adulto del Grupo Familiar o Guardián/Tutor

Fecha

Teléfono durante el Día

X

Firma de Otro Miembro Adulto del Grupo Familiar o Guardián/Tutor

Fecha

Teléfono durante el Día

✓ Recordó usted:

- Completar todo
- Que todos los adultos firmen la solicitud
- Listar todas las personas que viven en su domicilio
- Listar sus números de teléfono y dirección de correo electrónico
- Proporcionar talones de pago para todas las personas que tienen ingresos
- Proporcionar orden/órdenes judicial(es) de Manutención de Niño
- Proporcionar declaración de impuestos reciente (si tiene empleo por cuenta propia)
- Proporcionar número de Reclamo de la VA
- Proporcionar comprobante de ingresos si superan los \$50 por mes
- Proporcionar las copias de sus facturas de energía
- Proporcionar comprobante de pagos de servicios públicos de energía de los últimos 3 meses
- Proporcionar comprobante de pagos de renta (si los servicios públicos están incluidos en la renta)
- Proporcione copia de su contrato de alquiler

Para evitar demoras en el procesamiento de esta solicitud, corrobore que se hayan incluido todos los elementos anteriores que correspondan.

Envíe copias. No se devolverán los originales.