a new leaf
mesacan
COMMUNITY ACTION NETWORK

Uso de Oficina Solamente

Applicant's Name: _____Date Received: _____

Approved: _____ **Denied:** _____ MesaCAN Initials: _____

Solicitud de Asistencia de Utilidades

INSTRUCCIONES

1. ¿Alguien en su hogar a recibido asistencia de utilidades o renta/hipoteca en los últimos 12 meses?
    a. Si la respuesta es no, continúe con el paso 2
    b. Si han recibido asistencia anteriormente, por favor tome en cuenta que puede que ya haiga agotado todos los fondos disponibles y la asistencia NO está garantizada. Continúe con el paso 2.
2. **Proporcione copias legibles de toda la documentación requerida (consulte la página siguiente).**

    Su solicitud debe presentarse con todos los documentos requeridos. Si hacen falta documentos adicionales, su trabajadora/o de caso se comunicará con usted y le dará 3 días hábiles para completar su solicitud. Si el administrador de casos no puede completar en su solicitud por falta de documentos, el caso puede ser denegado.

3. **Complete todos los formularios adjuntos.** El solicitante debe firmar TODAS las formas, pero NO debe de poner fecha.

    Favor de NO poner fechas
4. Entregue en persona, envíe por correo electrónico, fax o envíe por correo el paquete de solicitud completo a:

    A New Leaf- MesaCAN

    635 E Broadway Road, Mesa, AZ 85204

    Número de Teléfono: 480-833-9200 Fax: 480-833-9292

    Correo electrónico: Mesacanclient@turnanewleaf.org

La solicitud debe llenarse con tinta azul o negra

Todos los documentos deben entregarse con la solicitud para ser considerado para servicios.

Tenga en cuenta que la aplicación puede durar hasta 10 días hábiles

a new leaf
mesacan
COMMUNITY ACTION NETWORK

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA ASISTENCIA DE UTILIDADES

1. **IDENTIFICACION PARA TODOS MAYORES DE 18.**

2. **PRUEBA DE CIUDADANIA DEL SOLICITANTE y TODOS los miembros del hogar-**
   Se aceptan cualquiera de los siguientes formularios: certificado de nacimiento estadounidense, pasaporte, CIB, papeleo de baja militar o formulario DD-2, o certificado de nacimiento vivo. Si nació fuera de los EE. UU., Proporcione prueba de su estado de residencia permanente legal o certificado de naturalización. **Las tarjetas de seguro social no son prueba de ciudadanía.**

3. **TARJETAS DE SEGURO SOCIAL PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR**, o documento legal que indique el nombre y número de seguro social; se aceptan el formulario SSA_1099 del Seguro Social, o formularios de impuestos (forma 1040).

4. **PRUEBA DE INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR** – de los últimos 30 días esto incluye; cheques de pago, cartas de concesión de beneficios actuales, desempleo, manutención de niños, ayuda financiera escolar y cualquier otra fuente de ingresos del empleo, trabajo por cuenta propia o beneficios.
   Se requiere declaración de cero ingresos para los miembros del hogar mayores de 18 años sin ingresos. Los estados bancarios no son una prueba aceptable de ingresos

5. **FACTURAS DE SERVICIOS PUBLICOS (electricidad, gas, agua):** copia de recibo de utilidades más reciente, el aviso de desconexión, la carta de depósito o el recibo de la cuenta M-POWER
6. **Se requireren firmas manuscritas. No se aceptan firmas electrónicas ni digitales.**
7. **CONTRATO DE ALQUILER ACTUAL O DECLARACION DE HIPOTECA**

Copias electrónicas pueden ser envidadas a: Mesacanclient@turnanewleaf.org

FORMULARIO DE INFORMACION DEL HOGAR

¿Usted o algún miembro de su hogar cumple con alguno de los siguientes criterios?

Por favor seleccione todas las respuestas válidas:

Servicios públicos desconectados ☐	Mayor (60+) ☐	Discapacitado ☐	Nino de 5 o menos ☐

Nombre de solicitante: _____ **Número de teléfono:** _____

Dirección: _____ **Correo electrónico:** _____

¿Cuál es el idioma principal en su hogar? _____ **Método de contacto preferido:** ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico

Arreglo de vivienda: (circule uno) Casa / Móvil / Apartamento / Otro tipo **Tipo de vivienda:** (circule uno) Renta / Posee / Subsidiado / No paga / Sin hogar

¿Es usted o un miembro de su familia un empleado de A New Leaf? Si/No Si es así, nombre del empleado: _____

Tipo de seguro de salud del hogar (seleccione uno):

Tipo:	AHCCCS ☐	KIDCARE ☐	Medicare ☐	VA ☐	Seguro base de empleo ☐
	Privado ☐	Tribal ☐	NINGUNO ☐	Nombre del Proveedor:	

PONGA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR – COMIENCE CON EL SOLICITANTE **Numero de miembros en el hogar:** ☐

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación al aplicante	Número de Seguro Social	Género	Raza	Nivel de educación	Estado civil	Hispano/Latino (Sí / No)	Veterano (Sí / No)	Confinado en casa (Sí / No)	Deshabilitado (Sí / No)	Seguro medico (Sí / No)	Ciudadano estadounidense o residente (Sí / No)
		Solicitante		M F									
				M F									
				M F									
				M F									
				M F									
				M F									

Para miembros adicionales por favor pedir página adicional.

¿Está usted o un miembro de su hogar recibiendo actualmente alguna de las siguientes formas de asistencia?

Programa de Asistencia Nutricional (SNAP) **Si** **No** **Numero de caso (SNAP)** _____ **Fecha que se movió a el condado:** _____

Asistencia de Efectivo (TANF) **Si** **No** **Si es así, beneficio mensual $**_____ **Manutención de menores por orden judicial:** **Si** **No**

¿Ha recibido beneficios de LIHEAP en los últimos 12 meses? **Si** **No**

Utilidades	Estado	Indique cómo desea que paguemos sus beneficios directamente a su proveedor de servicios públicos (La selección debe totalizar el 100%)
Número de cuenta de SRP: _____	☐ Desconectado ☐ Aviso de morosidad/desconexión ☐ Pago actual	☐0% ☐25% ☐50% ☐75% ☐100%
Número de cuenta de City of Mesa: _____	☐ Desconectado ☐ Aviso de morosidad/desconexión ☐ Pago actual	☐0% ☐25% ☐50% ☐75% ☐100%
Número de cuenta de SWG: _____	☐ Desconectado ☐ Aviso de morosidad/desconexión ☐ Pago actual	☐0% ☐25% ☐50% ☐75% ☐100%
Otro (Por favor especificar): _____	☐ Desconectado ☐ Aviso de morosidad/desconexión ☐ Pago actual	☐0% ☐25% ☐50% ☐75% ☐100%

¿Están sus utilidades incluidas en el alquiler? **Sí** **No** **¿Ha recibido un aviso de desalojo debido a servicios públicos de energía no pagados?** **Sí** **No**

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información de pago del rentero:

¿Se trata de una cuenta bancaria individual o de empresa? ☐ Empresa ☐ Individual

Tipo de cuenta: ☐ Cuenta de cheques ☐ Ahorros

Enrutamiento #_____ Cuenta #_____

¿La terminación de la energía o la exposición al calor o al frío sería peligrosa para su salud o la de un miembro de su hogar? **Sí** **No**

¿Tiene una declaración firmada por un médico con licencia que indique que la terminación de la energía o la exposición al calor o al frío sería peligrosa para la salud de un miembro del hogar? **Sí** **No**

¿Se utiliza un equipo de soporte vital en el hogar que depende del servicio público para su funcionamiento? **Sí** **No**

SOLO PARA USO DEL PERSONAL

INFORMACION DE INGRESOS
Últimos 30 días

SOLO PARA EL USEO DEL PERSONAL

Ingresos por solicitante Nombre de miembro	Fuente de ingresos *(Nombre y número#)*	Frequencia *(Mensual, Quincenal, Semanal)*	Fecha Recibido	Ingresos Antes De Deducciones
				$
				$
				$
				$
				$
				$

S T A F F O N L Y

Notas de información sobre ingresos: _____

La información proporcionada NO determina la elegibilidad ni la asistencia financiera; este formulario se utiliza únicamente para recopilar información

Motivo de la solicitud para asistencia (crisis): _____

_____

_____

¿Le gustaría ser referido a algún otro servicio de A New Leaf / MesaCAN? Por favor circule los que le interesen

☐ **Financial Wellness** (Ayuda a crear una lista de gastos, deuda, creación de crédito, ahorros)	☐ **Assets To Independence** (ahorros para educación/negocio propio)
☐ **Economic Development** (Recursos de emprendimiento para pequeñas empresas, asistencia técnica y talleres)	☐ **Weatherization** (Reparación/reemplazo para mejorar la energía del hogar. Programa para dueños de casa de bajos ingresos)

Circule el número de cada sección que mejor describa la situación actual de su hogar

	1	2	3	4	5
Educación Financiera **¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación financiera?**	No puedo cubrir mis gastos básicos. Me gustaría recibir servicios de asesoría financiera. Si: No:	Estoy atrasado(a) en mis pagos o deudas. Me gustaría recibir servicios de asesoría financiera. Si: No:	Puedo cubrir la mayoría de mis gastos básicos. Me gustaría recibir servicios de asesoría financiera. Si: No:	Estoy al corriente con mis pagos y administrando mis deudas. Me interesa obtener servicios de asesoría financiera. Si: No:	Puedo ahorrar dinero y planificar para mis metas futuras.

	1	2	3	4	5
Alimentos **¿Qué tan seguro (a) se siente de que su hogar tiene suficiente comida cada mes?**	Frecuentemente nos quedamos sin comida.	A menudo dependemos de asistencia alimentaria.	Generalmente tenemos suficiente comida, pero a veces es difícil.	Puede satisfacer las necesidades alimentarias básicas sin ayudaSiempre tenemos suficiente comida.	Tenemos suficiente comida y podemos comprar las opciones saludables que preferimos.

	1	2	3	4	5
Transporte **¿Qué tan confiable es su medio de transporte?**	El transporte, público o privado, no está disponible	Mi transporte es inconsistente. Tengo dificultades con la confiabilidad, el costo (gasolina, licencia o seguro) o la accesibilidad al transporte.	El transporte está disponible, pero puede ser limitado o inconveniente	El transporte está disponible para satisfacer todas las necesidades básicas	El transporte está fácilmente disponible y el vehículo está adecuadamente asegurado.

	1	2	3	4	5
Cuidado de niños u otros dependientes	El cuidado de niños, público o privado no está disponible/ accesible o niño no es elegible	El cuidado de los niños es poco confiable, inasequible o inadecuado	El cuidado infantil subsidiado asequible está disponible, pero es limitado	El cuidado infantil confiable y asequible está disponible, sin necesidad de subsidios	Capaz de seleccionar el cuidado infantil de calidad de su elección. No necesito cuidado de niños.

	1	2	3	4	5
Empleo **¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral actual?**	Actualmente no estoy trabajando	Trabajo ocasionalmente, medio tiempo o por temporadas.l	Empleado(a) con pocos o ningún beneficio, habilidades laborales limitadas y/o mal historial laboral	Empleado (a) con beneficios/habilidades laborales adecuadas y/o buen historial laboral	Tengo un empleo estable y me siento económicamente seguro(a).

	1	2	3	4	5
Educación Formación de adultos	Educación inferior al 8º grado, sin GED y discapacidad de aprendizaje, problemas de alfabetización o barreras lingüísticas	Haber completado alguna escuela secundaria, capacidad limitada de lectura y escritura, sin diploma ni GED	GED o Diploma de Escuela Secundaria	Algunos créditos universitarios y/o capacitación vocacional, pero no completados o que están en proceso de seguir activamente	Haber completado un programa de AA o vocacional/certificación Licenciatura o título superior

	1	2	3	4	5
Vivienda **¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual de vivienda?**	No tengo un lugar estable donde vivir.	Vivo en un refugio Mi renta o hipoteca es demasiado alta para mis ingresos (pago más del 30% de mis ingresos en vivienda)	Es una vivienda estable que es segura, pero no marginalmente adecuada	El hogar se encuentra en una vivienda subsidiada segura y adecuada.	El hogar se encuentra en una vivienda segura, adecuada y no subsidiada.

	1	2	3	4	5
Seguro de salud **¿Qué tan fácil le resulta recibir atención médica cuando la necesita?**	No puedo acceder a atención médica cuando la necesito.	Es muy difícil acceder la atención médica.	Algunos miembros del hogar están asegurados o cubiertos por programas de seguro federales/estatales	Todo el hogar está asegurado y puede obtener atención médica cuando sea necesario, pero los eventos inesperados pueden afectar el presupuesto	Cuento con seguro médico, dental, de la vista y para medicamentos recetados a un costo accesible, con copagos y deducibles bajos o fáciles de pagar.

SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL

INFORMACION DE PAGO

SOLO PARA EL USEO DEL PERSONAL

ESCRIBA EN LETRA LEGIBLE				NOMBRE DE SOLICITANTE *(Apellido, primer, segundo nombre)*			SEGURO SOCIAL DE SOLICITANTE #		
Account #	Voucher #	Vendor Code	Vendor Name	Billing Name	Service Code	Fund Source	Amount	Categorical Eligibility Yes/No	Need Guarantee Yes/No
							$		
							$		
							$		
							$		
							$		

S T A F F O N L Y

VENDOR/PAYEE NAME (check to be issued to):	VENDOR/PAYEE MAILING ADDRESS (No., Street, Apt. #, City, State, ZIP):	Actual Mo. Rent/Mortgage	EIN No.

Has the household received STCS services in the prior 12 months? Y/N If yes, what agency:

Approved Denied

APPLICANT'S STATEMENT OF TRUTH

Under penalty of perjury and acknowledged by my signature below, I swear or affirm that the statements made in this application regarding the persons in my home, and the income, resources, property and all other items that pertain to my possible eligibility for services are true and correct to the best of my knowledge.

Bajo pena de perjurio y reconocido por mi firma abajo, juro o afirmo que las declaraciones hechas en esta solicitud con respecto a las personas en mi hogar y los ingresos, recursos, propiedad y todos los demás elementos que pertenecen a mi posible elegibilidad para los servicios son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

RELEASE OF INFORMATION

I authorize the Department of Economic Security and/or delegate agency to contact any source necessary to establish the accuracy of the information given by me. Further, I authorize any landlord, mortgage, or utility company, to which payment of credit on my behalf may be made, to release information regarding my account including, but not limited to, billing information to State of Arizona and/or its contract designee. I understand that Arizona Department of Economic Security may use information provided on this form for purposes of research, evaluation and analysis.

Autorizo al Departamento de Seguridad Económica y / o agencia delegada a contactar cualquier fuente necesaria para establecer la exactitud de la información proporcionada por mí. Además, autorizo a cualquier arrendador, hipotecario o compañía de servicios públicos, a la que se pueda realizar el pago de crédito en mi nombre, a proporcionar información relacionada con mi cuenta, incluida, entre otras, la información de facturación al estado de Arizona y / o la persona designada por el contrato. Entiendo que el Departamento de Seguridad Económica de Arizona puede utilizar la información proporcionada en este formulario para fines de investigación, evaluación y análisis.

FIRMA DE APLICANTE	DATE

WORKER'S STATEMENT

I have interviewed the applicant and have explained his/her right to the appeals process. I have advised the applicant of any penalties for misrepresentation and/or Fraud. I have completed my investigation of the applicant's eligibility as required by program rules, guidelines, & regulations.

WORKER'S SIGNATURE	DATE

FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA LIBERACION DE INFORMACION DE SERVICIOS PUBLICOS

☐ Arizona Public Service ☐ UniSource Energy Services

☐ Salt River Project ☐ Southwest Gas

☐ Tucson Electric Power ☐ Otro

Al firmar este formulario, autorizo a los proveedores de servicios públicos mencionados anteriormente (indicados por la casilla marcada) a divulgar mis facturas de servicios públicos históricas y futuras, la información de la cuenta (como, entre otros, el nombre, la dirección de servicio, el número de cuenta, el saldo, el historial de pagos) y otra información concerniente o relacionada con el consumo de energía y los costos de todas y cada una de las agencias/personas enumeradas en este formulario ("Partes Autorizadas"). Esta autorización se concede en relación con la solicitud de mi hogar y/o la recepción de asistencia de la agencia comunitaria que se indica a continuación.

Entiendo y acepto que la información de servicios públicos divulgada puede ser compilada y analizada (tanto en hogar individual como en forma combinada) por una o más de las Partes Autorizadas. Además, entiendo y acepto que la información de servicios públicos divulgada, así como cualquier análisis estadístico o de otro tipo, pueden ser divulgados por las Partes Autorizadas a un tercero para fines de informes relacionados con la asistencia recibida, y ninguna información divulgada se hará pública de tal manera que se pueda identificar mi vivienda o los ocupantes de mi hogar.

Además, acepto liberar y eximir de responsabilidad a los proveedores de servicios públicos mencionados anteriormente de: (i) cualquier reclamo, daño, responsabilidad o gasto que resulte del uso o divulgación de información basada en esta Autorización; (ii) el uso o divulgación no autorizados de la información por cualquiera de las Partes Autorizadas en base a esta Autorización.

Partes Autorizadas:

Agencia Comunitaria:

Nombre de la agencia que determina la asistencia **A New Leaf - MesaCAN**

Wildfire (Arizona Community Action Association) Arizona Department of Housing. Community Arizona Department of Economic Security Development and Revitalization Division

Firma del titular de la cuenta/Cliente de registro: _____

Escribir titular de cuenta/Cliente de registro: _____

Firma de titular de la cuenta conjunta/Cliente de registro: _____

Escribir titular de cuenta conjunta/Cliente de registro: _____

Dirección de servicio: _____

Número de cuenta: _____

Fecha: _____

DERECHOS DEL CLIENTE

A New Leaf se asegurará que un cliente que no hable inglés o que tenga una discapacidad física o de otro tipo reciba ayuda para conocer los derechos del cliente

A cada cliente se le deben otorgar los siguientes derechos básicos:

1. Ser tratado con dignidad, respeto y consideración.

2. Tener propias necesidades satisfechas de manera profesional y ética.

3. No ser discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, genero, orientación sexual, edad, discapacidad o estado civil.

4. Recibir un servicio que:
   a. Apoya y respeta la individualidad, la cultura, las opciones, las fortalezas y los objetivos financieros del cliente.
   b. Apoya la libertad personal del cliente.

5. Que no se le impida ni se le impida ejercer los derechos civiles del cliente a menos que el cliente haya sido declarado incompetente o un tribunal de jurisdicción competente haya determinado que el cliente no puede ejercer un derecho especifico o una categoría de derechos.

6. Presentar quejas a A New Leaf, miembros del personal de MesaCAN y quejas a entidades externas y otras personas sin restricciones represalias:
   a. Que A New Leaf, MesaCAN (en lo sucesivo, la Agencia) considere las quejas formales de manera justa, oportuna e imparcial.
   b. Para disputar la cantidad de asistencia para la cual sus circunstancias califican como Departamento de Seguridad Económica y otros fondos permiten.

7. Buscar, hablar y ser asistido por un asesor legal de la elección del cliente, a expensas del cliente.

8. Recibir ayuda de un miembro de la familia, representante designado u otra persona para comprender, proteger o ejercer los derechos del cliente.
   a. Participar o, si corresponde, hacer que el padre, tutor, custodio o agente del cliente participe en las decisiones financieras y en el desarrollo y revisión periódica y revisión del plan financiero escrito del cliente.
   b. Para controlar las propias finanzas del cliente, excepto según lo dispuesto por A.R.S. § 36-507 (5).
9. Mantener la confidencialidad de la información y los registros del cliente para que no se divulguen, excepto en el caso de una orden judicial, emergencias o según lo requiera o permita la ley.

10. A la privacidad durante la asesoría financiera, incluido del derecho a no ser fotografiado o grabado sin el consentimiento general, excepto en el caso de grabaciones de video temporales utilizadas con fines de seguridad que se mantienen solo de manera temporal, a menos que se haya firmado una autorización.

11. Revisar, previa solicitud por escrito, el propio historial financiero del cliente durante el horario de funcionamiento de la agencia o en un momento acordado por el director del programa.

_____

Client Name / nombre de cliente **Client Signature / firma de cliente** Date/ fecha

ATESTACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE DE LIHEAP

Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información presentada en esta solicitud del Programa de Asistencia para Gastos de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Además, certifico que todos los documentos que he proporcionado son auténticos y que no he retenido ni alterado intencionalmente ninguna información que pueda ser relevante para mi elegibilidad para participar en el LIHEAP.

Certifico que, si recibo fondos de LIHEAP directamente, usaré estos fondos solo para el pago de mis servicios públicos y cualquier tarifa o multa relacionada que deba. Entiendo que el uso de los fondos de LIHEAP para cualquier otro propósito puede resultar en un proceso penal y la descalificación para recibir asistencia futura.

Autorizo al DES a que comparta la información que proporcioné en esta solicitud según sea necesario para verificar mi elegibilidad para participar en este programa. Autorizo al DES a que le proporcione mi información a mi proveedor(es) de servicios públicos según sea necesario para distribuir los fondos de LIHEAP que reciba. Además, autorizo al DES a que le proporcione mi información a las organizaciones asociadas del DES que puedan ayudar con el proceso de solicitud de LIHEAP y la distribución de fondos de LIHEAP. Autorizo a mi proveedor(es) de servicios públicos a compartir la información de mi cuenta (que puede incluir, entre otros, nombre, dirección del servicio, número de cuenta, información del hogar, información de uso, saldo de la cuenta, historial de pagos, facturas de servicios históricas y futuras) con DES según sea necesario para la distribución de los fondos que solicité bajo este programa.

Entiendo que el DES puede investigar y comunicarse con cualquier fuente necesaria para confirmar la exactitud de la información relacionada con mi elegibilidad para este programa. Si intencionalmente escondo, altero o proporciono información falsa para obtener beneficios de LIHEAP a los que no tengo derecho, puedo estar sujeto a un proceso penal, multas, encarcelamiento u otras sanciones previstas por las leyes estatales y federales. Además, acepto liberar y eximir de toda responsabilidad al proveedor(es) de servicios públicos de cualquier reclamo, daño, responsabilidad o gasto que resulte del uso o divulgación de información basada en esta autorización.

Entiendo que, si recibo fondos bajo este programa, por error, debo reembolsar los fondos.

Esta autorización permanece vigente durante doce meses después de la fecha de mi firma.

Nombre:_____

Firma:_____
Fecha_____