

New Mexico Health Care Authority- Income Support Division



LIHEAP 申请

低收入家庭能源援助计划

Si Ud. necesita este formulario en español, comuníquese con su trabajador(a)

本申请仅用于 LIHEAP 计划

请回答表格中的所有问题。您必须在本申请的最后一页签名并注明日期，否则无效。如果您想获得尚未获得的其他类型帮助，请联系您的社会工作者，并索取 HCA-100 或 HCASP-100 申请表。

1. 地址

请填写您当前的实际地址和邮寄地址

实际地址 (家庭地址)	城市	州	邮编	联系电话 # ()
邮寄地址 (如与家庭地址不同)	城市	州	邮编	

2. 您及共同生活人员

A. 列出您自己以及所有与您共同生活的人员姓名和信息。您只需要提供需要帮助人员的社会保障号码和公民信息。

姓名 (名和姓)	关系	社会保障号码	性别 M = 男 F = 女	出生日期	年龄	种族 1-5 (见)下文 (可选)	部落隶属 关系	民族 西班牙裔 是/否 (可选)	公民/移民 身份 1-23 (见下文)	残疾?
	(本人)									<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
										<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

种族：对于申请帮助的个人，选择最能描述其种族的数字，并填写上述数字。

1-美国人 印第安人/阿拉斯加人 原住民	2-亚洲人	3-黑人或非裔美国人	4-夏威夷原住民或太平洋岛民	5-白人	6-其他
----------------------------	-------	------------	----------------	------	------

公民/移民身份：对于申请帮助的个人，选择最能描述其美国公民身份或移民身份的数字，并填写上述数字。

1-美国公民	2-合法永久居民 (LPR)	3-合法临时居民 (LTR)	4-庇护	5-避难者	6-古巴/海地入境人员
7-被假释到美国的人员	8-1980 年之前授予的有条件入境人员	9-受虐待的配偶、父母或子女	10-被贩卖者及其配偶、子女、兄弟姐妹、父母	11-具有非移民身份的个人 (包括有签证的个人以及密克罗尼西亚群岛、马绍尔群岛和帕劳的公民)	12-已获得或申请临时保护资格的人
13-延迟强制离境	14-暂缓遣返身份	15-准许暂缓递解出境或暂缓递解出境的人员	16-暂缓递解出境或暂缓递解出境申请人	17-持有已批准签证的特殊移民身份申请人	18-持有已批准签证的 LPR 身份调整申请人
19-庇护申请人	20-持有工作许可证 (EAD) 的注册申请人	21-监督令 (持有 EAD)	22-取消驱逐出境或暂缓递解出境申请人 (持有 EAD)	23-其他/不确定	

B. 如果您是美国原住民，您是否居住在您的保留区内？ 是 否 如“是”，是哪一个？ _____

C. 您是否获得 SNAP、Medicaid、或例如 TANF、GA、或 SSI 的现金援助？ 是 否

3. 收入

A. 勾选所有家庭成员的所有收入来源（和福利/援助，如有的话）并附上最近 30 天的收入证明并。

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 就业 | <input type="checkbox"/> 现金援助 | <input type="checkbox"/> 社会保障福利 | <input type="checkbox"/> 工人补偿金 |
| <input type="checkbox"/> 失业补偿金 | <input type="checkbox"/> 红利 | <input type="checkbox"/> 退伍军人补偿金 | <input type="checkbox"/> 子女抚养费 |
| <input type="checkbox"/> 退休金 | <input type="checkbox"/> 军队 | <input type="checkbox"/> 部落款项 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
- 请告诉我们每位家庭成员的收入：

获得收入的人员	收入来源？	\$金额 (税前)	多久一次？ 每周、每两周、每月、半月
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

4. 家用暖气或冷气

A. 您如何支付住房费用？

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 公共住房-无租金 | <input type="checkbox"/> 公共住房-需付租金 | <input type="checkbox"/> 租赁-非公共住房 | <input type="checkbox"/> 房主 |
| <input type="checkbox"/> 合租-无租金 | <input type="checkbox"/> 合租-需付租金 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |

B. 您需要 LIHEAP，以用于： 暖气 或 冷气

C. 请选择需要帮助的暖气或冷气能源帐单并附上费用证明。

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 丙烷/丁烷 | <input type="checkbox"/> 天然气 | <input type="checkbox"/> 木头 |
| <input type="checkbox"/> 电气 | <input type="checkbox"/> 煤炭 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

D. 您是否遇到能源紧急状况？ 是 否

如是，请勾选目前适用于您的以下情况。

- 熔炉/锅炉/暖气系统无法运行
- 燃料（丙烷、木材、颗粒燃料、煤、油）耗尽
- 剩余燃料（丙烷、木材、颗粒燃料、煤、油）不足 10%
- 支付公用事业/燃料的押金需要帮助
- 断供-燃料供应商不再提供服务
- 断供通知-燃料供应商未停止提供服务，但提出了如果不支付费用，会停止服务的警告。

E. 能源紧急状况是否危及生命？ 是 否

F. 您的这份能源帐单是否获得补贴援助？ 是 否

G. 您的租金里是否包含这个能源帐单？ 是 否

H. 能源公司、燃料供应商或房东姓名？ _____

I. 如果该能源帐单不在您的名下，则客户姓名为？ _____

J. 帐号？ _____

K. 在过去 12 个月，您最高的月帐单金额为？ \$ _____

****请提供您的燃料帐单或收据副本。如符合资格，HCA 将向您暖气或冷气燃料供应商付款，除非他们不接受 LIHEAP 付款。**

5. 主要家用暖气 *您必须填写此部分以获得 LIHEAP。

A. 您的主要热源是什么？（这是用于为家庭提供热源的燃料。）选择一项：

- 同上第 4 部分 天然气 木头 电气 丙烷/丁烷
 （如勾选，跳过第 5E-5H 部分） 煤炭 其他 _____

B. 如果您不使用任何其他能源，但需要 LIHEAP 的帮助，请勾选此项：

解释原因： 无家可归者 农村地区 无可用的公用事业服务 其他 _____

C. 是否为与另一个家庭共用一个计量表？ 是 否

D. 这个帐户是否用于商业目的？ 是 否

E. 能源公司、燃料供应商或房东姓名？ _____

F. 如果该能源帐单不在您的名下，则客户姓名为？ _____

G. 帐号？ _____

H. 每年的燃料费用？ \$ _____

6. 电力信息

您是否拥有电力帐户？ 是 否 如“否”，为什么？ 无家可归者 农村地区 无可用的公用事业服务

其他 _____

If yes, please complete the section below.

If your heating source in Section 5 is Electric or you selected “NO” above, DO NOT complete the section below:

A. 是否为与另一个家庭共用一个计量表？ 是 否

B. 此帐户是否用于商业目的？ 是 否

C. 能源公司、燃料供应商或房东姓名？ _____

D. 如果该能源帐单不在您的名下，则客户姓名为？ _____

E. 帐号？ _____

F. 每年的燃料费用？ \$ _____

7. 电话援助

如果您可以获得 LIHEAP，您还可以向电话公司支付更少的电话费用（获得折扣）。并非所有电话公司都提供这种折扣。更多详细信息，请联系您的电话公司。

8. 节能声明

如果您符合 LIHEAP 的资格，您可能也符合 NM EnergySmart Weatherization Program (新墨西哥州智能能源节能计划) 的资格。如果您有意申请节能计划，请致电 NM Mortgage Finance Authority (新墨西哥州住房贷款金融管理局) 了解详细内容，电话号码为：1-800-444-6880。

9. 您的签名

您必须签署此表格才能使本申请有效。除非签名，否则无法处理此申请。

- 本人已向 HCA 提供真实、准确和完整的信息
- 本人知悉，做出虚假陈述或隐瞒信息可能会遭到州和联邦惩罚并拒绝援助
- 本人将向 HCA 提供证据如果本人无法提供证据，本人将向 HCA 寻求帮助，并让 HCA 联系他人和公司获取证据
- 本人将让 HCA 向可能为本人提供符合条件的其他能源/节能改造援助的获批机构提供有限的信息
- 本人将让 HCA 向暖气、冷气和电话服务供应者提供有限的信息，以便其提供联邦和州的福利
- 本人知悉，如果获取了不符合条件的福利，必须退还给 HCA
- 本人知悉，HCA 会确认本人提供的信息。HCA 可通过计算机确认本表格中的信息
- 本人知悉，通过提供家庭能源供应商号帐，即授权能源供应商向 HCA 提供关于帐号和能源使用的详细信息，以便确认是否符合资格并确定本申请和未来申请、确定福利以及计划评价和分析
- 本人知悉，通过提供申请信息，即授权 HCA 及其授权代理人根据联邦、州、县、能源提供商、雇主和业主数据库或记录共享和报告所提供的信息
- 本人知悉，如果有资格获得能源援助福利，则可能会通过转介参与其他住宅能源计划
- 本人知悉，本表格收集的信息可能会披露给 HCA 负责的能源计划 HCA 可以共享和使用为转介、研究、评价和分析而收集的信息
- 本人知悉，公用事业公司不会管理根据本同意书披露的数据，也不负责监测或采取措施确保 HCA 对数据保密或按照授权使用数据

本人同意，本人所提供的家人、收入和所有其他信息真实、准确，否则会因提供虚假信息而遭受惩罚。

► Sign Here ✕ _____

Today's Date _____

您可以在这里登记投票

如果您没有在现在居住的地方登记投票，您今天想要在这里登记投票吗？（请勾选一项）

是 否 如果您没有勾选任何一个复选框，您将被视为已决定不在此时进行投票注册。

《全国选民登记法》为您提供在此处登记投票的机会。如果在填写选民登记申请表时需要帮助，我们会帮助您。您有权决定是否寻求或接受我们的帮助。您可以私下填写该申请表。

重要提示：申请登记投票或拒绝登记投票均不会影响您从本机构获得的援助金额。

签名	日期
----	----

保密：无论您是否决定登记投票，都将对您的决定保密。如果您认为有人干扰了您同意登记投票或拒绝登记投票的权利，或者在决定是否登记或申请登记投票时的隐私权，又或者选择自己偏向的政党或其他政治偏好，您可以向州务卿办公室提出投诉：325 Don Gasper, Suite 300, Santa Fe, NM, 87501。（电话：1-800-477-3632）。（7-2-2024）

或将您签署的申请亲自交到当地的收入支持司（ISD）办公室，或邮寄到：

Central ASPEN Scanning Area (CASA)

PO Box 830

Bernalillo · NM 87004

或传真至 1-855-804-8960

或者

您可以在线申请 LIHEAP 援助：

www.yes.state.nm.us

如果您对 LIHEAP 有任何疑问，请致电 1-800-283-4465 联系我们的客服中心

权利通知



特殊需要信息 如果您是残疾人，并且您需要其他形式的信息或需要特殊照顾以参加任何公众听证会、计划或服务，请联系医疗保监局、《美国残疾人法案》(ADA) 协调员，电话号码为(505) 709-7758 或拨打 711。HCA 要求至少提前 10 天通知，以提供所要求的其他形式信息和特殊照顾。(修订日期 2024 年 5 月 7 日)

您的公民权利/非歧视声明

本机构禁止任何基于种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别以及某些情况下的宗教或政治信仰歧视。

“美国农业部”也禁止任何基于种族、肤色、国籍、性别、宗教信仰、残疾、年龄和政治信仰的歧视；或者对以往在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中从事的民权活动进行反击或报复。

残障人士需要其他沟通方式获取计划信息（例如盲文、大字体、录音带、美国手语等）时，应联系（州或地方）福利申请机构。失聪、听力障碍或者语言障碍者可以通过“联邦中继服务”电话（800）877-8339 联系 USDA。此外，我们可能提供项目信息的非英语版本。

如需对歧视进行计划投诉，请填写 [USDA 计划歧视投诉表](#) (AD-3027)，可登陆以下网址在线查询：http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html，和从任何 USDA 办公室获得，或写信至 USDA，并在信中提供表格中要求的所有信息。如需索取投诉表副本，请致电（866）632-9992。

请将填妥的表格或信函提交至 USDA：

(1) 邮寄：U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue · SW
Washington · D.C. 20250-9410

(2) 传真：(202) 690-7442；或者

(3) 电子邮箱：program.intake@usda.gov。

有关补充营养援助计划 (SNAP) 问题的任何其他信息，应拨打 USDA SNAP、热线电话(800) 221-5689，该号码可说西班牙语，或拨打各州信息/热线电话（点击链接获取各州热线电话号码），网址为：

http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm。

如果需要提交一份与通过“美国卫生与公众服务部 (HHS)”领取联邦财政援助计划有关的歧视投诉，请致函：HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 或致电(202) 619-0403（语音）或(800) 537-7697 (TTY)。

本机构是一个提供平等机会的机构。(修订日期 2015 年 10 月 14 日)

提交投诉 通过 HCA 对接受联邦或州财政援助计划过程中遭受的歧视和 (或) 粗鲁对待进行投诉 ; 您可以在 ISD 办公室获取投诉表 , 或者可以写信至 : NM Health Care Authority, ISD Civil Rights Director, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348 或传真至(505) 827-7241 。

保密条例

您提供给 HCA 的所有信息均为机密信息。该信息将披露给 HCA 人员 , 以便其根据该信息管理您所申请的计划。我们可能会将机密信息披露给其他联邦和州机构。所有信息将用于确定福利资格或者提供服务。(修订日期 2024 年 7 月 1 日)

我们可能会将这些信息提供给联邦和州政府的其他机构 , 以便接受官方检查 ; 还可能会披露给执法人员 , 以达到抓捕逃避法律制裁人员的目的。如果您领取了无资格获得的福利且必须予以偿还 , 则成为索偿。如果您的家庭存在此类索偿 , 本申请所含信息 (包括社会安全号) 可能被提供给联邦和州政府机构以及私人索偿机构 , 用来催款。

您只需为代为申请的家庭成员提供其美国公民身份和社会安全号。您无需成为美国公民即可申请。

接受 SNAP/食物、能源或医疗援助不会妨碍您成为合法永久居民或美国公民。不需要援助的非公民移民无需提供移民身份信息、社会保障号码或其他类似证据 ; 但必须提供其收入和拥有资源/资产的证明 , 因为部分收入和拥有的资源/资产可能有助于家庭获得援助的资格。我们可能会向没有社会安全号的人员提供某些福利 ; 请咨询 ISD 。

我们还会向其他机构、联邦 “收入和资格验证服务 (IEVS)” 机构 , 以及 “公共援助报告信息系统 (PARIS)” 核实您所提供的信息。这些信息可能影响您的家庭福利资格和福利金额。

您的公平听证权利

<p>什么是公平听证以及我为什么应该要求公平听证？</p>	<p>公平听证让您有机会解释，为什么您认为有关您的福利的决定是错误的。听证会由一名听证官通过电话进行。听证官将听取您和收入支持司的信息，并裁定所作出决定的对错。</p>
<p>听证时，我是否可以获得帮助？</p>	<p>您可以让朋友或家人和您一起参加听证。您也可以获得免费的法律援助。如需了解更多有关免费法律帮助的信息，请致电 Law Access New Mexico，电话：(800) 340-9771。</p>
<p>我请求听证的时效？</p>	<p>您必须在提起申诉的不利措施裁定之日起 90 天内申请听证。如果存在正当理由（比如生病或其他您无法控制的情况），您可能会有更多的时间要求听证。</p>
<p>如果我要求进行听证，我能继续领取福利吗？</p>	<p>如果您已经正在领取福利，并且您在接到此通知 13 天之内即提出听证会申请，在等待听证会期间，您可能继续领取福利。如果听证决定对您不利，您应偿还您在等待听证和决定期间领取的任何福利。</p>
<p>我如何申请听证？</p>	<p>您可以通过填写本表格另一侧的表格并邮寄或传真至以下地址申请听证：</p> <p style="text-align: center;">Health Care Authority - Fair Hearings Bureau P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348 传真# : (505) 476-6215</p> <p>您也可以致电(800) 432-6217 选项 6 申请通过电话进行听证。您还可以申请在当地收入支持司办公室举行听证会。</p>
<p>特殊需求信息</p> 	<p>如果您是残疾人，并且您需要其他形式的信息或需要特殊照顾以参加任何公众听证会、计划或服务，请联系医疗保健局《美国残疾人法案》(ADA) 协调员，可致电 1-505-709-7588 或拨打 711。HCA 要求至少提前 10 天通知，以提供所要求的其他形式信息和特殊照顾。(修订日期 2024 年 7 月 1 日)</p>
<p>如果您需要口译员</p>	<p>您有权获得免费口译员的帮助。如果您在听证会之前或期间需要口译员，请致电告知 HCA : (800) 432-6217 选项 6。</p>