



# Solicitud para LIHEAP

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos

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

**ESTA SOLICITUD SOLO DEBE USARSE PARA EL PROGRAMA LIHEAP**

Responda todas las preguntas del formulario. Debe firmar y poner la fecha en la última página de esta solicitud o no será válida. Si desea obtener otro tipo de asistencia que aún no recibe, comuníquese con su trabajador del caso y pida un formulario de solicitud HCA-100 o HCASP-100.

## 1. Domicilio

Escriba su dirección física actual y su dirección postal

Dirección física (la dirección de su hogar)	Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono de contacto ( )
Dirección postal (si es diferente de la dirección física)	Ciudad	Estado	Código postal	

## 2. Usted y las personas que viven con usted

A. Liste los nombres y la información de usted y de todas las personas que viven con usted. Solo debe dar un número de Seguro Social y la información de ciudadanía para las personas que desean obtener o que obtendrán asistencia.

Nombre (Primero y apellido)	Relación	Número de Seguro Social	Género M = Masculino F = Femenino	Fecha de nacimiento	Edad	Raza 1-5 (Ver) a continuación (opcional)	Afiliación tribal	Etnicidad hispana S/N (opcional)	Ciudadanía e inmigración Situación 1-23 (Ver a continuación)	¿Tiene una discapacidad?
	(Uno mismo)									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**RAZA:** Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su raza y **escriba los números en la tabla de arriba.**

1-Indígena americano Nativo de Alaska	2 - Asiático	3 - Negro o afroamericano	4 - Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	5 - Blanco	6 - Otra
---------------------------------------	--------------	---------------------------	---	------------	----------

**Ciudadanía/Estado migratorio:** Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su ciudadanía estadounidense o estado migratorio y **escriba los números en la tabla de arriba.**

1 - Ciudadano estadounidense	2 - Residente legal permanente (LPR)	3 - Residente legal temporal (LTR)	4 - Asilado	5 - Refugiado	6 - Inmigrante cubano/haitiano
7 - Refugiado político en EE. UU.	8 - Inmigrante condicional aceptado antes de 1980	9 - Cónyuge, padre/madre o hijo golpeado	10 - Víctima de tráfico y cónyuge, hijo, hermano, padre/madre	11 - Persona con estado no de inmigrante (incluye a personas con visas y a ciudadanos de Micronesia, las islas Marshall y Palau)	12-Beneficiario o solicitante de Estatus de protección temporal
13 - Partida obligatoria diferida	14 - Estado de acción diferido	15 - Beneficiario de retención de deportación o retención de remoción	16 - Solicitante de retención de deportación o retención de remoción	17 - Solicitante de estado de inmigrante especial con petición de visa aprobada	18 - Solicitante de ajuste de estado de LPR, con petición de visa aprobada
19 - Solicitante de asilo	20 - Solicitante de registro con documento de autorización de empleo (EAD)	21 - Orden de supervisión (con EAD)	22 - Solicitante de cancelación de remoción o suspensión de deportación (con EAD)	23 - Otro/no está seguro	

B. Si usted es indígena americano, ¿vive en su Reserva?  Sí  No Si contestó Sí, ¿en cuál? \_\_\_\_\_

C. ¿Obtiene SNAP, Medicaid o asistencia en efectivo, como TANF, GA o SSI?  Sí  No

## 3. Ingresos

Marque todas las fuentes de ingresos (y beneficios/asistencia, si hubiera) para todos los miembros del hogar y **adjunte una prueba de los ingresos de los últimos 30 días.**

- Empleo
- Desempleo
- Jubilación
- Cuéntenos sobre los ingresos de cada persona que vive en su hogar:**
- Asistencia en efectivo
- Dividendos
- Institución militar
- Seguro Social
- Compensación de veteranos
- Dinero tribal
- Compensación de trabajadores
- Sostenimiento de niños
- Otro \_\_\_\_\_

Persona con ingreso	¿De dónde proviene el ingreso?	Monto en \$ (Antes de pagar impuestos)	¿Con qué frecuencia? Semanal, bimensual, mensual, quincenal
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

**4. Calefacción o refrigeración del hogar**

**A. ¿Qué paga por su hogar?**

- Vivienda pública: alquiler de \$0
- Vivo con otras personas: alquiler de \$0
- Vivienda pública: pago un alquiler
- Vivo con otras personas: pago un alquiler
- Alquiler: no es una vivienda pública
- Otro \_\_\_\_\_
- Propietario de la vivienda pública

**B. Para qué necesita LIHEAP:**  Calefacción     Refrigeración

**C. Elija una cuenta energética de calefacción o refrigeración para la que necesite asistencia y adjunte una prueba del gasto.**

- Propano/Butano
- Electricidad
- Gas natural
- Carbón
- Madera
- Otro \_\_\_\_\_

**D. ¿Tiene una emergencia de energía?**  Sí  No

**Si contestó Sí, marque cualquiera de los incisos a continuación que se apliquen hoy a su caso.**

- El sistema de horno/calderas/calefacción no funciona
- No tengo combustible (propano, madera, granulado, carbón, aceite)
- Me queda menos del 10 % de combustible (propano, madera, granulado, carbón, aceite)
- Necesito dinero para un depósito de combustible/servicio público
- Me desconectaron: el proveedor de combustible YA me cortó el servicio
- Aviso de desconexión: el proveedor de combustible NO me cortó el servicio, pero dijo que lo haría si no puedo pagar el servicio

**E. ¿La emergencia de energía pone en riesgo vidas?**     Sí  No

**F. ¿Recibe ayuda subsidiada para esta cuenta de energía?**     Sí  No

**G. ¿Paga esta cuenta de energía como parte del pago de su alquiler?**     Sí  No

**H. ¿Cómo se llama la compañía de energía, el proveedor de combustible o el locador al que le paga?** \_\_\_\_\_

**I. Si esta cuenta de energía no está a su nombre, ¿cuál es el nombre del cliente que aparece en la cuenta?** \_\_\_\_\_

**J. ¿Cuál es el número de cuenta?** \_\_\_\_\_

**K. ¿De cuánto fue la cuenta mensual más alta que pagó en los últimos 12 meses?** \$ \_\_\_\_\_

**\*\*Proporcione una copia de su cuenta o recibos de combustible. Si es elegible, la HCA le enviará el pago a su proveedor de combustible para calefacción o refrigeración a menos que este no acepte pagos del LIHEAP.**

**5. Uso de la calefacción del hogar principal \*Debe completar esta parte para obtener LIHEAP.**

**A. ¿Cuál es su fuente de calefacción primaria? (Este es el combustible que se usa para hacer funcionar las fuentes de calefacción primarias para el hogar). Seleccione una opción:**

- Igual que en la Sección 4 arriba
- (Si marcó aquí, salte las Secciones 5E a 5H)
- Gas natural
- Carbón
- Madera
- Otro \_\_\_\_\_
- Electricidad
- Propano/Butano

**B. Si no usa ninguna otra energía además de la que necesita asistencia de LIHEAP, marque esta casilla:**

**Explique la razón:**  Indigente     Área rural     Servicios públicos no disponibles     Otra \_\_\_\_\_

**C. ¿Comparte este medidor con otra vivienda?**     Sí     No

**D. ¿Esta cuenta es de uso comercial?**     Sí     No

E. ¿Cómo se llama la compañía de energía, el proveedor de combustible o el locador al que le paga? \_\_\_\_\_

F. Si esta cuenta de energía no está a su nombre, ¿cuál es el nombre del cliente que aparece en la cuenta? \_\_\_\_\_

G. ¿Cuál es el número de cuenta? \_\_\_\_\_

H. ¿Cuánto paga de combustible cada año? \$ \_\_\_\_\_

## 6. Información sobre electricidad

A. ¿Tiene una cuenta de electricidad?  Sí  No En caso negativo, ¿por qué?  Indigente  Área rural  Servicios públicos no disponibles

Otra \_\_\_\_\_

**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:**

B. ¿Comparte este medidor con otra vivienda?  Sí  No

C. ¿Esta cuenta es de uso comercial?  Sí  No

D. ¿Cómo se llama la compañía de energía, el proveedor de combustible o el locador al que le paga?

\_\_\_\_\_

E. Si esta cuenta de energía no está a su nombre, ¿cuál es el nombre del cliente que aparece en la cuenta?

\_\_\_\_\_

F. ¿Cuál es el número de cuenta? \_\_\_\_\_

G. ¿Cuánto paga de combustible cada año? \$ \_\_\_\_\_

## 7. Asistencia telefónica

Si puede obtener LIHEAP, es posible que también pueda pagar menos (recibir un descuento) por el teléfono de una compañía telefónica. No todas las compañías telefónicas ofrecen este descuento. Para obtener más detalles, comuníquese con su compañía telefónica.

## 8. Declaración para climatización de hogar

Si ha calificado para LIHEAP, también puede calificar para el Programa de climatización de hogar de NM Energy\$mart. Si está interesado en postularse para el Programa de climatización de hogar, llame a la Autoridad de Finanzas Hipotecarias de NM al 1-800-444-6880 para obtener más información.

## 9. Su firma

**Debe firmar este formulario para que esta solicitud tenga validez. No se procesará su solicitud a menos que esté firmada**

- He proporcionado información verdadera, correcta y completa a la HCA.
- Comprendo que hacer declaraciones falsas u ocultar información podría implicar multas estatales y federales, y negación de asistencia.
- Presentaré los comprobantes necesarios de la información que proporciono a la HCA. Si no puedo obtener pruebas, sé que puedo pedirle ayuda a la HCA y permitiré que la HCA se comunique con otras personas y compañías para obtener pruebas.
- Dejaré que la HCA brinde información limitada a las agencias aprobadas que prestan ayuda relacionada con los servicios de energía y climatización de hogar para los que soy elegible.
- Dejaré que la HCA brinde información limitada a mis proveedores de servicios de calefacción, refrigeración y teléfono con el fin de proporcionar beneficios federales y estatales.
- Comprendo que si recibo beneficios para los que no soy elegible, podría tener que devolver dichos beneficios a la HCA.
- Sé que la HCA revisará la información que proporcioné. La HCA podría usar computadoras para revisar la información en este formulario.
- Entiendo que al proporcionar los números de cuenta para los proveedores de energía de mi grupo familiar estoy autorizando a los proveedores de energía a que proporcionen detalles sobre la cuenta y el uso de energía a la HCA para fines de elegibilidad y determinación de esta y otras solicitudes futuras, determinación de beneficios y evaluación y análisis de programas.
- Entiendo que al proporcionar la información de la solicitud autorizo a la HCA y a sus agentes autorizados a que compartan e informen los datos proporcionados frente a bases de datos o registros federales, estatales, de condados, de proveedores de energía, de empleadores y de locadores.
- Entiendo que si soy elegible para beneficios de asistencia de energía, es posible que me deriven a otros programas de energía residencial
- Entiendo que la información que se recopila en este formulario se puede divulgar a programas de energía que operan de acuerdo con la HCA. La HCA puede compartir y usar información recopilada con fines de derivación, investigación, evaluación y análisis.
- Entiendo que mis compañías de servicios públicos no controlarán los datos divulgados según este consentimiento y no serán responsables del monitoreo o de tomar medidas para garantizar que la HCA mantenga la confidencialidad de los datos o use los datos según se ha autorizado

Acepto, bajo pena de perjurio, que las declaraciones realizadas sobre las personas en mi hogar, los ingresos y demás información entregada a la HCA son verdaderas y correctas.

► Sign Here **X** \_\_\_\_\_

Today's Date \_\_\_\_\_

**Puede registrarse para votar aquí**

Si USTED NO está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse para votar ahora? (Marque una opción)

Sí  No SI NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

La LEY DE REGISTRO NACIONAL DE VOTANTES le ofrece la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si desea recibir ayuda para completar un formulario de solicitud para el registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

**IMPORTANTE:** Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar NO AFECTARÁ el importe de asistencia que le proporcionará esta agencia.

Firma

Fecha

**CONFIDENCIALIDAD:** Independientemente de que decida registrarse para votar o no, su decisión permanecerá confidencial. **SI CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO** en su derecho de registrarse o negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar o no, o en su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante la Office of the Secretary of State, 325 Don Gaspar, Suite 300 Santa Fe, NM, 87501 (teléfono: 1-800-477-3632). (2-7-2024)

**Entregue su solicitud firmada a su oficina local de la División de Asistencia Económica (ISD) o por correo a la siguiente dirección:**

Área de Escaneo de ASPEN Central (Central ASPEN Scanning Area, CASA)

PO BOX 830

Bernalillo, NM 87004

o por fax al 1-855-804-8960

o

**Puede solicitar la asistencia de LIHEAP en línea en la página:**

[www.yes.state.nm.us](http://www.yes.state.nm.us)

**Si tiene alguna pregunta sobre LIHEAP, llame a nuestro Centro de Servicio al Cliente al 1-800-283-4465**

## Notificación de derechos



**Información sobre necesidades especiales** Si es una persona con una discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o necesita una adaptación especial para participar en una audiencia, programa o servicios públicos, póngase en contacto con la Autoridad Sanitaria, coordinador de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (American Disabilities Act, ADA) al (505) 709-7758 o marcando el 711. La HCA exige contar con una notificación de al menos 10 días de anticipación para proporcionar los formatos alternativos y las adaptaciones especiales solicitados. (Revisado el 07/05/2024)

### Su Declaración de No Discriminación de Derechos Civiles

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. también prohíbe discriminar en función de raza, color, origen nacional, género, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas o en represalia por actividad anterior por los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para la información sobre programas (p. ej. Braille, letras grandes, grabaciones en audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben contactar con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con audición disminuida o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Asimismo, la información sobre los programas puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA donde proporcione toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992.

Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para cualquier otra información relacionada con asuntos del Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP), las personas deben comunicarse con la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está disponible en español o bien llamar a los [números de información o las líneas directas del estado](#) (haga clic en el enlace para ver una lista de las líneas directas por estado); disponibles en línea en: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Para presentar una queja por discriminación en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), escriba a la siguiente dirección: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; también puede llamar al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. (Revisado el 14/10/15)

**Para presentar una queja** a través de la HCA por discriminación o trato descortés en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal o estatal, tiene a su disposición un formulario de queja en la oficina del ISD o puede escribir a la siguiente dirección: NM Health Care Authority, ISD Civil Rights Director, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348 o por fax al (505) 827-7241.

### Confidencialidad

Toda la información que proporcionó a la HCA es confidencial. Esta información se proporcionará a los empleados de la HCA, que la necesitan para administrar los programas cuyos beneficios ha solicitado. Es

posible que la información confidencial se comparta con otras agencias federales y estatales. Toda la información se usará para determinar la elegibilidad o proporcionar servicios. (Revisado el 01-07-2024)

Esta información puede ser revelada a otras agencias federales y estatales para una revisión oficial, y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a las personas prófugas de la justicia. Si usted recibe beneficios para los cuales no era elegible y debe devolverlos, esto se denomina un reclamo. Si su hogar recibe un reclamo en su contra, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de Seguro Social, podría ser entregada a las agencias federales y estatales como así también a agencias privadas de cobro para las medidas de cobranza de reclamos.

Solo debe brindarnos la ciudadanía estadounidense y los números de Seguro Social (SSN) de los miembros del hogar para los cuales está solicitando beneficios. No es necesario que sea ciudadano estadounidense para solicitar los beneficios.

Recibir beneficios del SNAP o de alimentos, de energía o de asistencia médica no evitará que se convierta en residente permanente legal o ciudadano estadounidense. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y no soliciten los beneficios para ellos mismos no deben proporcionar información sobre su estado inmigratorio, sus números de Seguro Social ni cualquier otra prueba similar; sin embargo, deben proporcionar una prueba de sus ingresos y de los bienes que poseen debido a que parte de sus ingresos y los bienes que poseen pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del hogar para recibir asistencia. Es posible que ciertos beneficios estén disponibles para personas sin número de Seguro Social; consulte en la ISD.

Asimismo, revisamos la información que nos entrega con otras agencias, como el Servicio federal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) y el Sistema de Información de Notificaciones de la Asistencia Pública (PARIS). Esta información podría afectar la elegibilidad de su grupo familiar y el importe de los beneficios.

# SU DERECHO A UN JUICIO JUSTO

<p><b>¿Qué es una audiencia justa y por qué debo pedir una?</b></p>	<p>Una audiencia justa le da la oportunidad de explicar por qué cree usted que ha habido una decisión errónea sobre sus beneficios. Las audiencias se mantienen por teléfono con un funcionario de audiencias. El funcionario de audiencias escuchará la información de usted y la de la División de Asistencia Económica y decidirá si la decisión fue correcta o errónea.</p>
<p><b>¿Puedo obtener ayuda en mi audiencia?</b></p>	<p>Un amigo o un familiar puede participar en la audiencia con usted. También puede obtener ayuda legal gratuita. Para más información sobre la ayuda legal gratuita, llame a Law Access New Mexico al (800) 340-9771.</p>
<p><b>¿Cuánto tiempo tengo para solicitar una audiencia?</b></p>	<p>Debe solicitar una audiencia dentro de los <b>90 días</b> siguientes a la fecha de la medida adversa que está apelando. Es posible obtener más tiempo para solicitar una audiencia si tiene un buen motivo, como enfermedad u otra circunstancia más allá de su control.</p>
<p><b>¿Puedo mantener mis beneficios si solicito una audiencia?</b></p>	<p>Si ya está recibiendo beneficios, puede continuar obteniéndolos mientras espera por su audiencia si es que la solicitó dentro de los <b>13 días</b> de la fecha en esta notificación. Si la decisión de la audiencia no le favorece, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibió mientras esperaba a que se llevara a cabo la misma.</p>
<p><b>¿Cómo solicito una audiencia?</b></p>	<p>Puede solicitar una audiencia completando el formulario al reverso de esta notificación y enviándolo por correo o fax a:</p> <p style="text-align: center;">Health Care Authority - Fair Hearings Bureau P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348 Nro. de fax (505) 476-6215</p> <p>Puede solicitar una audiencia por teléfono llamando al (800) 432-6217, opción 6. También puede solicitar en persona una audiencia en su oficina local de la División de Asistencia Económica.</p>
<p><b>Información sobre necesidades especiales</b></p> 	<p>Si tiene alguna discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o adaptaciones especiales para participar en alguna audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de la Autoridad Sanitaria llamando al (505) 709-7588 o marcando 711. La HCA exige contar con una notificación de al menos 10 días de anticipación para proporcionar los formatos alternativos y las adaptaciones especiales solicitados. (Revisado el 01-07-2024)</p>
<p><b>En caso de necesitar un intérprete</b></p>	<p>Tiene derecho a un intérprete gratuito. Avise a la HCA si necesita un intérprete antes o durante la audiencia llamando al: (800) 432-6217, opción 6.</p>