



Aplicación para Asistencia de Utilidades Y Lista de Verificación de Documentos Requeridos

Estimado solicitante,

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia de Utilidades con el Departamento de Servicios Humanos, División de Asistencia para Familias. Contendida está la aplicación e instrucciones detalladas para llenarla correctamente. **¡Esta aplicación es sólo para cuentas residenciales!**

Por favor tenga en cuenta que una aplicación completa, firmada y con copias de todos los documentos requeridos debe ser entregada para ser procesada. Al, no entregar una aplicación completa y todos las copias de documentos documentos requeridos resultará en el retraso de procesar su aplicación o en ser negado.



**Por favor HAGA COPIAS de todos los documentos requeridos
 NO ENTREGUE ORIGINALES**



Lista de documentos requeridos

**Aplicación y lista de verificación de documentos requeridos
 Aplicaciones pueden ser entregadas en persona o por correo a:**

**División de Asistencia para Familias-Asistencia de Utilidades
 Willie Velasquez Center
 1302 N Zarzamora
 San Antonio, TX 78207**

<input type="checkbox"/>	Solicitud de asistencia para la utilidad FAD – La aplicación requiere 2 firmas y el formulario de CPS requiere 1 firma.
<input type="checkbox"/>	Ingresos -Prueba de ingresos actuales de todos los miembros del hogar 18 años o mayores, recibidos en los últimos 30 días de la fecha de la aplicación.
<input type="checkbox"/>	Carta de Beneficios del año actual de Seguro Social, Seguro Social Suplemental, Seguro Social Discapacitado, (SS/SSI/SSDI) y de desempleo.
<input type="checkbox"/>	Reciente factura de CPS/SAWS
<input type="checkbox"/>	Identificación con foto, licencia de conducir estatal de Tejas o matrícula consular de la persona nombrada en la factura.
<input type="checkbox"/>	Número de seguro social del titular de la cuenta – Últimos 4 dígitos solamente



El Departamento de Servicios Humanos de la Ciudad de San Antonio provee Asistencia de Utilidad Pública a individuos y familias necesitadas. Los servicios están basados en fondos disponibles.

Por favor elija el servicio o los servicios del cual necesita ayuda.

CPS – Asistencia de Utilidad de CPS Energy

Compruebe por favor lo que se aplica a usted

<input type="checkbox"/>	Gente de 60 años y mayores	<input type="checkbox"/>	Individuos con Discapacidad
<input type="checkbox"/>	Familias con niños menores	<input type="checkbox"/>	Individuos con Equipo Médico de Cuidado Crítico

Información de Ingresos del Hogar Marque el Tipo de Grupo Familiar

<input type="checkbox"/>	Persona Soltera	<input type="checkbox"/>	Madre Soltera	<input type="checkbox"/>	Padre Soltero	<input type="checkbox"/>	Hogar con Dos Padres
<input type="checkbox"/>	Adultos con niños sin parentesco	<input type="checkbox"/>	Dos Adultos sin Niños	<input type="checkbox"/>	Hogar Multigeneracional	<input type="checkbox"/>	Otro

INGRESOS DEL HOGAR DURANTE LOS ULTIMOS 30 DIAS: Por favor díganos cuales son los ingresos que están recibiendo usted y los miembros de su hogar

Persona(s) recibiendo ingresos	Fuentes de Ingresos	Fuentes de Ingresos
		Fuentes de Ingresos =

Declaración de Ingresos

*Declare los ingresos brutos de los miembros de su hogar, de 18 años o mayores, sin comprobantes de los ingresos recibidos durante el periodo de 30 días antes de la solicitud de asistencia.

--	--	--	--

Debido a la siguiente situación mi grupo familiar no tiene comprobantes de ingresos:

¿Actualmente recibe alguen de su hogar alguna(s) de las siguientes fuentes de ingresos? Marque todo lo que corresponda:

<input type="checkbox"/>	TANF	<input type="checkbox"/>	manutención de los hijos	<input type="checkbox"/>	Pensión Alimenticia o Manutención Conyugal	<input type="checkbox"/>	Desempleo
<input type="checkbox"/>	Pensión VA de Discapacidad Servicio Conectado	<input type="checkbox"/>	Pensión VA de Discapacidad Servicio Desconectado	<input type="checkbox"/>	Seguro Privado de Discapacidad	<input type="checkbox"/>	SSI
<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	SSDI	<input type="checkbox"/>	No Ingresos	<input type="checkbox"/>	Ingresos por Jubilación del Seguro Social
<input type="checkbox"/>	EITC	<input type="checkbox"/>	Desconocido /No Declarado	<input type="checkbox"/>	Pensión		

Para Asistencia en Alquiler Llame (210) 207-7830

⚠ Por Favor HAGA COPIAS de todos los documentos de apoyo NO entregue los originales ⚠



Declaración de Cliente

<i>Lea - Mantenga esta página para sus archivos</i>	<i>No presenten esta página con su aplicación</i>
<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que el Programa de Asistencia para Familias de la Ciudad de San Antonio está basada en elegibilidad (mi hogar tiene que calificar según los límites de ingresos federales y que soy residente de la ciudad de San Antonio y el Condado de Béjar) 	
<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que la aplicación es procesada en la orden recibida y entrega de aplicación no garantiza la asistencia 	
<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que el proceso de aplicación puede tomar hasta 30 días. Entiendo también que si la aplicación no está completa o si no entrego todos los documentos requeridos, según la lista de verificación de documentos requeridos, habrá retraso en el proceso de la aplicación/asistencia 	
<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que la Ciudad de San Antonio no puede asegurar asistencia con la compañía de utilidades y no puede hacer promesa de pago hasta que el proceso de aplicación esté completo y fondos para asistencia estén disponibles. Entiendo también que durante este proceso soy responsable del balance en mi factura antes, durante y después de que la aplicación sea aprobada. El no hacer pago hacia el balance en la cuenta puede resultar en interrupción de los servicios 	
<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que la Ciudad de San Antonio no pagará cargos para pagos atrasados, depósitos, ni cargos para reconexión y que soy responsable de pagar tales cargos a la compañía de utilidades 	
<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que si mi solicitud es negada voy a recibir aviso de denegación e información sobre el proceso de apelación 	
<ul style="list-style-type: none"> Si mi solicitud es aprobada, recibiré un aviso de elegibilidad indicando los programas para los cuales califico, así como la cantidad de beneficios. 	

Por favor proceda a la página 4 & 5 para completar su solicitud



**Por favor HAGA COPIAS de todos los documentos soporte
 NO ENTREGUE ORIGINALES**





Aplicación para Asistencia con Utilidades

Sólo para uso de oficina

CD

CT

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	El Género	Raza: Negro/Afro Americano, Indio Americano, Blanco, Asiático, Otros	Origen Étnico: Hispano/Latino, No-Hispano/Latino	Relación al Solicitante
1. Cabeza del hogar.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

Domicilio

Dirección del servicio:				Apunte el número TOTAL de personas que viven en la casa, incluyendo solicitante <input type="text"/>			
Ciudad	Condado:	Estado:	Código postal:				
Número de teléfono:	Teléfono alternativo:	Correo electrónico:					

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y la creencia. Si concede asistencia y fraude es probado, voy a pagar fondos gastados en mi nombre. Autorizo a la ciudad de San Antonio y empresas de servicios públicos y otras fuentes que compartan información en esta aplicación a los partidos pertinentes. Mi firma abajo certifica que estoy necesitando ayuda de emergencia de utilidad y completamente entiendo la declaración anterior y estoy de acuerdo con los términos del programa de asistencia de utilidad. Entiendo que una solicitud no garantiza que se proporcionará asistencia.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Por favor entregue en persona o envíe por correo: 1302 N. Zarzamora, San Antonio Tx, 78207



Por favor haga copias de todos los documentos requeridos, NO ENTREGUE ORIGINALES



