

¡Hola!

Nos alegramos de que te pongas en contacto con nosotros y queremos que el proceso sea lo más fácil posible para ti. Por favor, asegúrese de traer TODA la documentación siguiente para solicitar el apoyo comunitario de LiftUp:

- Formulario de solicitud de cliente de LiftUp COMPLETAMENTE diligenciado (por ambas partes)**
- Prueba de residencia de 6 meses (por ejemplo, contrato de alquiler)**
- Documento de identidad con fotografía**
- Comprobante de pago más reciente**

No olvide presentar la siguiente documentación para el tipo de ayuda que solicita:

Ayuda a la vivienda/alquiler

- Recibo Vencido
- Información del arrendador/administrador de la propiedad O información de la compañía hipotecaria (nombre, dirección completa, número de teléfono, dirección de correo electrónico)

Prescripciones/ Asistencia médica

- Factura vencida
- Información del médico/farmacia/hospital/terapeuta (nombre, dirección completa, número de teléfono, dirección de correo electrónico)

Ayuda a los servicios públicos

- Factura vencida
- Información de la empresa/proveedor (nombre, dirección completa, número de teléfono, dirección de correo electrónico)
- Solicitud EOC (Energy Outreach Colorado) debidamente completada

Otros

- Documentación de la necesidad financiera de emergencia (por ejemplo: factura vencida, presupuesto, declaración, carta, etc.)
- Información relevante del pagador/proveedor (nombre, dirección completa, número de teléfono, dirección de correo electrónico)

Una vez que se entregue toda la documentación, un asistente social de LiftUp se comunicará con usted dentro de los 3 días hábiles. ¡Estamos deseando ayudarle!

LiftUp of Routt County Banco de Comida
2095 Curve Court, Steamboat Springs CO 80487
LiftUpRC.org | 970-875-3441



SOLICITUD DE AYUDA ALIMENTARIA Y COMUNITARIA 2021

Teléfono 970-870-8804 Fax 970-870-1935

Debe presentar un documento de identidad con fotografía para recibir los servicios. Cualquier información proporcionada en esta solicitud puede estar sujeta a verificación.

Por favor, háganos saber si desea recibir ayuda espiritual.

Toda la información debe estar completa antes de que su solicitud sea revisada. **

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Primer nombre _____ Inicial Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono _____ Raza/etnia: _____

ID Identificación: Tipo de ID _____ Estado/País _____ ID#: _____

¿Cuándo se mudó al condado de Routt? _____

Dirección física: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección postal (si es diferente)

Dirección de correo electrónico (podemos ponernos en contacto con usted para informarle sobre las novedades del Banco de Alimentos LiftUp):

¿Ha pedido ayuda a LiftUp en el pasado? _____ ¿Recibe SNAP (cupones de alimentos)?_

¿Ha solicitado el SNAP? ¿Es un empleado de temporada? _____ ¿Busca formación laboral? _____

Si actualmente no tiene trabajo, ¿está buscando empleo? _____

¿Se trata de una emergencia? En caso afirmativo, explique:

INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE/PAREJA:

Primer nombre _____ Inicial Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono _____ Raza/etnia: _____

ID Identificación: Tipo de ID _____ Estado/País _____ ID#: _____

DEPENDIENTES QUE VIVEN CON USTED: (Cualquier otro miembro *adulto* del hogar debe tener su propia solicitud).

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con usted
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

TIPO DE AYUDA SOLICITADA: Vivienda Cuenta médicas Servicios Alimentación Otros

¿Ha solicitado ayuda a algún otra organización _____? En caso afirmativo, ¿a qué organización? _

Si necesita comida, indique las restricciones dietéticas _____: _

FUENTES DE INGRESOS:

Empleador del solicitante: _____ Salario por mes: \$ _____/mes (o calcula \$ ____ por hora X ____ horas por semana X 4 semanas) Fecha de la próximo pago: ____/____/____ Jubilación/SSI por mes: \$ _____ Discapacidad/SSDI por mes: \$ _____ Manutención de los hijos/pensión alimenticia al mes: \$ _____ Cupones de comida/SNAP al mes: \$ _____ Desempleo por mes: \$ _____ Indique cualquier otro ingreso (incluido el alquiler de los compañeros de piso, etc.) _____	INGRESOS TOTALES RECIBIDOS (brutos) EN EL MES MÁS RECIENTE \$ _____. _____ Certifico que la información facilitada en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que recibiré los productos de forma gratuita. Además entiendo que Lift-Up no es responsable por la condición de los alimentos o productos no perecederos. Por lo tanto, yo libero, renuncio, indemnizo, y mantengo a Lift-Up del Condado de Routt inofensivo de y contra cualquier/todas las reclamaciones por daños, lesiones, o gastos de cualquier tipo. Firma del solicitante _____ Fecha ____/____/____
--	---

¿Cuál es su plan de pago para el próximo mes? Por favor, explíquelo:

¿Utilizas el banco de alimentos para compensar tus gastos?

Enumera los gastos aproximados con las cantidades en dólares del último mes: (¿Cuánto se gastó en cada categoría?)

Alimentos		Combustible/limpieza del coche.		Alquiler/hipoteca	
Artículos para el hogar		Préstamos y arrendamientos de automóviles		Alquiler de lotes	
Ropa		Seguro médico/dental		Préstamos para estudiantes	
Lavandería / Tintorería		Electricidad/Gas/Agua		Atención médica (Rx)	
Teléfono (móvil, casa)		Internet/TV		Cuidado de niños	
Cuidado personal		Servicio de basura		Otros	

AYUDA A LA VIVIENDA

Nombre del arrendador/compañía hipotecaria: _____ Teléfono: _____

Dirección completa del arrendador/compañía: _____

¿Qué mes de alquiler busca _____? Pagos mensuales habituales _____

Cantidad total adeudada a esta fecha **a)** _____? Cuanto puede aportar? **b)** _____

Cantidad solicitada a LiftUp **c)** _____ (Calcule usando **a - b = c**)

¿Alguna otra información relevante?

Cuentas Médicas (marque todo lo que corresponda)

- Médico Dental Visión Prescripción

Proveedor médico _____: Teléfono _____

AYUDA PAGO DE SERVICIOS (marque todo lo que corresponda)

Gas Electricidad Agua propano Otros

Nombre de la empresa _____ Número de cuenta: _____

Nombre de la empresa: _____ Número de cuenta: _____

OTRA INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA QUE SOLICITA

RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE

Yo (**nombre en letra**) _____ Autorizo a LiftUp del Condado de Routt a obtener y/o compartir información necesaria de/con cualquier otra persona u organización que pueda ser útil para recibir asistencia de Lift-Up para propósitos de emergencia (por ejemplo, propietario, empleador, iglesias, DHS, proveedor médico, aplicación de la ley, etc.). Entiendo que toda la información solicitada es únicamente con el propósito de recibir ayuda con mis necesidades de emergencia y se mantendrá en confianza. La información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que, si soy elegible, LiftUp escribirá un cheque directamente al proveedor (es decir, propietario / compañía hipotecaria, oficina médica, etc.).

Firma del solicitante _____ Fecha _____

.....
FOR OFFICE USE ONLY - Case Notes

Fund Used _____ Amount _____ Approval Initials _____

Fund Used _____ Amount _____ Approval Initials _____

Aplicación para ASISTENCIA DE ENERGIA PARA EL HOGAR



Por Favor regrese a _____
EMAIL _____ FAX _____ TELÉFONO _____

TIPO DE EMERGENCIA

¿Qué tipo(s) de emergencia tiene? Escoja por lo menos una o dos opciones.

- Me cortaron el servicio de electricidad y/o gas.
- Recibí un aviso de desconexión pero no han desconectado mi electricidad o gas. *La desconexión está programada para* _____/_____/_____
- Mi tanque de propano, combustible o queroseno está vacío no tengo madera, pellets o carbón.
- Mi tanque de propano, combustible o queroseno tiene 30% o menos.
- Tengo un saldo adeudado pasado de electricidad o gas tengo muy poca madera, pellets o carbón.

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre Completo Legal (Nombres y Apellido) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Dirección _____ Condado _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección Postal _____ Igual que arriba Condado _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Correo Electrónico _____
Número de Teléfono Preferido _____ Número de Teléfono Secundario _____

INFORMACION DE LA FAMILIA

Nombre a TODOS los miembros de su casa e incluya su ingreso mensual, antes de pagar impuestos.

- 1) Nombre _____ Parentesco YO Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____
- 2) Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____
- 3) Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____
- 4) Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____
- 5) Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____
- 6) Nombre _____ Parentesco _____ Edad _____ Ingreso Mensual \$ _____

Ingreso TOTAL Mensual antes de pagar impuestos \$ _____

INFORMACION DE SU(S) CUENTA(S) DE SERVICIOS PUBLICOS

¿Con cuál factura de energía necesita ayuda? Puede listar hasta dos cuentas.

Nombre del Titular de la Cuenta _____ Igual que arriba

Si es aplicable, ¿por qué no está la factura a su nombre? _____

Si usted no es el titular, ¿aparece su nombre en la cuenta? Si No

1) Nombre de la Compañía _____ Número de Cuenta _____

- Tipo de Cuenta Electricidad Gas Electricidad y Gas Propano
 Madera Pellets Carbón Queroseno Combustible

2) Nombre de la Compañía _____ Número de Cuenta _____

- Tipo de Cuenta Electricidad Gas Electricidad y Gas Propano
 Madera Pellets Carbón Queroseno Combustible

INFORMACION DE LA CASA

- ¿En que tipo de casa vive? Casa Apartamento Casa Móvil
 Dúplex/Tríples/Cuádruplex Casa Adosada
- ¿Es dueño o renta su casa? Soy dueño Rento
- ¿Está usted interesado en información sobre mejoras gratis para su casa para reducir su factura de energía? Si No

INFORMACION DEMOGRAFICA

Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad para recibir asistencia.

Sexo: Femenino Masculino

Situación Laboral: Tiempo Completo Tiempo Parcial Desempleado Retirado Otro

¿Está incapacitado? Si No

¿Es veterano? Si No

Raza: Indígena Americano/Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Caucásico
 Hispano/Latino Nativo de Hawái/Isleño del Pacifico Otro

¿Ha pasado usted por alguna de estas situaciones en el año pasado? Marque todas las que apliquen.

- No compré comida para poder pagar mi factura de energía.
 No compré medicinas o recibí cuidado médico para poder pagar mi factura de energía.
 Estuve en peligro de ser expulsado porque no pude pagar por mis servicios públicos.
 Fui expulsado porque no pude pagar por mis servicios públicos.
 Mantuve la temperatura de mi casa muy fría/caliente porque no podía calentar/enfriar mi casa como debía.
 Ninguna

INFORMACION SOBRE BENEFICIOS

¿Alguien en su casa recibe alguno de estos beneficios?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AID to the Blind (AB) | <input type="checkbox"/> Social Security Disability Income (SSDI) |
| <input type="checkbox"/> Aid to the Needy Disabled (AND) | <input type="checkbox"/> Social Security Income (SSA) |
| <input type="checkbox"/> Food Stamps (SNAP) | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Women, Infants, & Children (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Temporary Aid to Needy Families (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Old Age Pension (OAP) | <input type="checkbox"/> Veteran's Disability |
| <input type="checkbox"/> Section 8 | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Public housing/rental assistance | |

ESTATUS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGIA PARA BAJOS INGRESOS (LEAP)

¿Cuál es su estatus en el programa LEAP?

Antes de recibir asistencia de EOC, usted debe aplicar a LEAP, si ese legible. Si no está seguro de qué es LEAP, por favor pregunte.

- Presenté la Aplicación LEAP Recibí LEAP Aplicación Negada No soy Elegible LEAP Cerrado (May 1 – Oct. 31)

Razón por la cual la aplicación fue negada/Es ilegible: _____

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Yo certifico que la información en esta aplicación y en la documentación de apoyo es precisa y verdadera según mi conocimiento. Al firmar este documento, yo permito a Energy Outreach Colorado (EOC) y a sus agencias asociadas que compartan con otras organizaciones incluyendo, pero no limitadas a, proveedores de energía cualquier información sobre mi caso que sea esencial o necesaria para obtener los recursos para satisfacer mis necesidades de asistencia. Cualquier información que sea compartida con terceras partes se hará sin discriminación y respetando mis derechos. Esta información se usará solamente con el propósito de proporcionarme con asistencia con la energía y otros servicios relacionados. Además, doy mi consentimiento para ser contactado sobre otros programas y servicios, tales como subsidios solares y climatización, que pueden ayudar a reducir mis gastos de energía a largo plazo. Por la presente, libero a EOC, sus funcionarios, directores, empleados, agentes y organizaciones afiliadas de cualquier responsabilidad relacionada con el suministro de información en esta aplicación.



Firma del Solicitante

Fecha



CONSENT TO DISCLOSE UTILITY CUSTOMER DATA

All requested information must be provided for the consent to be valid. This form may be available in other languages. To obtain a copy in another language, please contact your utility provider. Para obtener una copia de este formulario en español, por favor contacte a su proveedor de servicios públicos.

Utility Name and Contact: Atmos Energy Corporation

Physical and Mailing Address: 5430 LBJ Fwy, Ste 500, Dallas, TX 75240

Phone: 800.631.8466 Email: energyassistance@atmosenergy.com Fax: 214-276-6500

For additional information, including the utility's privacy policy, visit www.atmosenergy.com.

To be completed by the Data Recipient

By signing this form, you allow your utility to give the following information to:

Organization/Trade Name: Energy Outreach Colorado

Contact Name (if available): Enrique Hernandez

Physical and Mailing Address: 225 E 16th Ave Ste 200, Denver, CO 80203

Phone: 303-825-8750 Email: energyassistance@energyoutreach.org Fax: 303-825-0765

This organization will receive the following customer data:

- Information from your meter collected by your utility services provider from the following services (check all services that apply):
- electric steam natural gas
- Information regarding your participation in renewable energy, demand-side management, load management, energy efficiency or other utility programs
- Other (specify) _____

This information will be used to:

- Provide you with products or services you requested Offer you products or services that may be of interest to you
- Determine your eligibility for an energy program Analyze your energy usage
- Other (specify) _____

DATA COLLECTION PERIOD

The relevant timeframe associated with the requested data is from 1 / 1 / 15 and will:

end on ___ / ___ / ___

be effective until terminated by you.

You may terminate this consent at any time by sending a written request with your name and service address to your utility.

To be completed by the Customer

CUSTOMER DISCLOSURES

Customer data can provide insight into activities within the premises receiving utility service. Your utility may not disclose your customer data except (1) if you authorize the disclosure, (2) to contracted agents that perform services on behalf of the utility, or (3) as otherwise permitted or required by laws or regulations.

You are not required to authorize the disclosure of your customer data. Not authorizing disclosure will not affect your utility services.

You may access your standard customer data from your utility without any additional charge.

Your utility will have no control over the data disclosed pursuant to this consent, and will not be responsible for monitoring or taking any steps to ensure that the data recipient maintains the confidentiality of the data or uses the data as authorized by you. Please be advised that you may not be able to control the use or misuse of your data once it has been released.

In addition to the customer data described above, the data recipient may also receive the following from your utility: your name; account number; service number; meter number; utility type; service address; premise number; premise description; meter read date(s); number of days in the billing period; utility invoice date; base rate bill amount; other charges including base rate and non-base rate adjustments; taxes; and invoice total amount. Your utility will not provide any other information, including personally identifiable information, such as your Social Security Number or any financial account number, to the data recipient through this consent form.

PLEASE READ THE CUSTOMER DISCLOSURES ABOVE

By signing this form you acknowledge and agree that you are the customer of record for this account and that you authorize your utility service provider to disclose your customer data as specified in this form.

CUSTOMER ACCOUNT NUMBER

SERVICE ADDRESS

SIGNATURE OF CUSTOMER OF RECORD

PRINTED NAME

DATE SIGNED



COLORADO'S
AFFORDABLE
RESIDENTIAL
ENERGY
PROGRAM

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA

Energy Outreach Colorado junto con su proveedor de energía eléctrica y el centro local de recursos energéticos trabaja para ofrecer actualizaciones de energía eficaz a los clientes que son a, o por debajo del 80% del ingreso promedio en el área. Energy Outreach Colorado es una organización independiente y sin fines de lucro constituida en 1989 para recaudar fondos por la ayuda energética.

Si este programa se interesa, por favor rellene este formulario y entréguelo a Energy Outreach Colorado. Por correo electrónico: care@energyoutreach.org, por correo postal a la dirección indicada en la última página de este formulario, o por fax a: 303-825-0765. Preguntas: Llame al 303-226-5061 y mencione el programa de CARE.

Es posible que usted califique por las siguientes medidas: Los LEDs, EnergyStar Frigorífico, Sellamiento de aire, Aislamiento de ático, de paredes y de sótanos, Calentador del sistema de calefacción, Ventanas contra tormentas, Sellos para conductos, Cabezales de ducha, etc.

También recomendamos que los candidatos envíen una solicitud al programa de LEAP que se comienza el 1 noviembre y que se termina el 30 abril.

Por más información, llame al 1-866-HEAT-HELP

TITULAR DE CUENTA DE SERVICIOS PUBLICOS

Nombre Completo _____ ID/No. de Licencia # _____ *No Colorado ID*

SOLICITANTE *Igual que arriba*

Nombre Completo _____ ID/No. de Licencia # _____ *No Colorado ID*
Titular de Cuenta _____ Dirección de Correo Electrónico _____

DIRECCION

Dirección de Servicios _____ Condado _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de teléfono (día) _____ Número de teléfono (noche) _____
Dirección de Correo _____ *Igual que arriba* Condado _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACION DEL HOGAR

Tipo de Hogar 1) *Apartamiento Casa Casa Móvil Otro:*
2) *Propietario Inquilino Si el hogar es un alquiler, el propietario DEBE firmar esta solicitud.*
Nombre del propietario _____ Su número de teléfono _____
Tipo de calefacción en el hogar? *Gas o propano Eléctrico Calefacción con leña*
Hogar con mejoras verdes/ecológicas hechas en los 10 años anteriores? *Sí No*

PROVEEDORES DE SERVICIOS PUBLICOS ACTUALES

Proveedor de energía eléctrica _____ Cuenta # _____
Proveedor de energía de gas _____ Cuenta # _____

Se puede encontrar esta información en la factura de servicios públicos. SE DEBE proveer esta información y DEBE ser correcta para procesar la solicitud y recibir servicios.

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL SOLICITANTE

Fecha de Nacimiento _____ Género: *Hombre Mujer* Empleado: *Sí No* Discapacitado: *Sí No*

ESTATUS DE LEAP

Recibí LEAP Denegado LEAP Cerrado (Mayo- Octubre) No Solicito LEAP No calificado por LEAP

SOLICITUD SIGUE AL OTRO LADO

INGRESO DEL HOGAR

Ingreso Anual del Hogar antes de impuestos (se debe representar todo el ingreso del hogar): \$ _____

Número de personas: Adultos Niños (Todos en el hogar)

1) Nombre _____ Edad _____ Ingreso \$ _____ /año 4) Nombre _____ Edad _____ Ingreso \$ _____ /año
2) Nombre _____ Edad _____ Ingreso \$ _____ /año 5) Nombre _____ Edad _____ Ingreso \$ _____ /año
3) Nombre _____ Edad _____ Ingreso \$ _____ /año 6) Nombre _____ Edad _____ Ingreso \$ _____ /año

Otra Ayuda del Hogar:

Ayuda a los ciegos (AB)	Ingreso de la Seguridad Social (SSI)	Asistencia al pago de viviendas (Sección 8)
Ayuda a los Discapacitados (AND)	Ingreso de los Discapacitados (SSDI)	Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
Vales de Comida	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Ayuda Temporal a las Familias Necesitadas (TANF)
Subsidio de la tercera edad (OAP)		

Verificación de Ingreso (Requerida):

(Solicitantes debe entregar uno de las opciones de documentación abajo con la solicitud completa. *Se puede borrar el número de Seguridad Social del formulario.)

Ingreso más reciente (3 de los recibos del sueldo o beneficios más recientes)	Letra de aceptación de Seguridad Social
Declaración de Ingresos-IRS Formulario 1040*	Declaración de Impuestos W-2* Letra del Empleador
Letra de Beneficios de Retiro	

AUTORIZACION

Certifico que la información en esta solicitud y en cualquier otro documento suplementario es correcta y verdadera. Descargo mi proveedor de servicios públicos y Energy Outreach Colorado de cualquier y toda responsabilidad a proveer o solicitar tal información. Descargo igualmente EOC a proveer información sobre los servicios de impermeabilidad. También si se aprueba el trabajo, yo garantizaré que un adulto será presente durante cualquier labor previsto en mi hogar.



Firma del solicitante

Fecha

APROBACION DEL PROPIETARIO

Yo, autorizo al programa CARE a proporcionar mejoras relacionadas con la energía a mi propiedad indicada arriba y entiendo que existe la posibilidad de que los electrodomésticos existentes puedan ser elegibles para una actualización; si el costo de la instalación excede una cantidad predeterminada, puede que me pidan que yo contribuya al costo de las mejoras.



Firma del propietario

Fecha

ENTREGA DE LA SOLICITUD

 Los solicitantes pueden entregar su solicitud completa y firmada al EOC o su organización de CARE.

Energy Outreach Colorado (EOC) Submittal:

Correo	Fax	Correo Electrónico	Preguntas
Energy Outreach Colorado	303-825-0765	care@energyoutreach.org	303.226.5061
Attn: CARE Program			
225 E 16th Avenue, Suite 200			
Denver, Colorado 80203			



COMO CALIFICAR

CLIENTES QUE CALIFICAN: DESCUENTOS PRESCRIPTIVOS DE CARE SON DISPONIBLES A LOS CLIENTES CON INGRESOS CALIFICADOS POR LOS MIEMBROS DE XCEL ENERGY, YAMPA VALLEY ELECTRIC ASSOCIATION, Y SAN MIGUEL POWER ASSOCIATION. LOS PARTICIPANTES DEBEN GANAR 80% O MENOS DEL INGRESO PROMEDIO EN EL ÁREA PARA CALIFICAR POR EL PROGRAMA Y SE DEBE ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS APROPIADA INDICADA ARRIBA CON LA SOLICITUD.

COMO ENVIAR UNA SOLICITUD A CARE 1. RELLENE LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DE CARE Y ENTREGUE LA DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS REQUERIDA. NO SE PUEDE TRAMITAR UNA SOLICITUD SIN DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS REQUERIDA O INFORMACIÓN INCOMPLETA. IGUALMENTE, CONSULTE SU FRACTURA MÁS RECIENTE DE SU PROVEEDOR DE SERVICIOS PÚBLICOS POR LA INFORMACIÓN MÁS COMPLETA DE SU CUENTA. 2. DESPUÉS DE RECIBIR Y TRAMITAR LA SOLICITUD, LA AGENCIA LOCAL DE CARE NOTIFICARÁ EL/LA SOLICITANTE POR CORREO, POR CORREO ELECTRÓNICO O POR TELÉFONO CON RESPECTO AL ESTATUS DE LA SOLICITUD ENTREGADA.

REGLAS Y REQUISITOS 1. LAS CONDICIONES EXISTENTES DEL HOGAR Y EL EQUIPAMIENTO MECÁNICO DEBEN SATISFACER A LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA PARA SER ELEGIBLE PARA LAS ACTUALIZACIONES DE EFICACIA DE ENERGÍA. 2. TODAS LAS VIVIENDAS Y LOS ESPACIOS ADENTRO DE LA VIVIENDA DEBEN SER ACCESIBLES Y PROVEEN CONDICIONES LABORALES SEGURAS PARA LOS CONTRATISTAS DE LA INSTALACIÓN. 3. LA

APROBACIÓN DE UNA SOLICITUD A ENERGY OUTREACH COLORADO NO GARANTIZA QUE EL HOGAR DEL MIEMBRO O DEL CLIENTE RECIBIRÁ LAS ACTUALIZACIONES DE EFICACIA DE ENERGÍA. 4. ENERGY OUTREACH COLORADO Y TODOS LOS SERVICIOS PÚBLICOS DEL PROGRAMA DE CARE RESERVA EL DERECHO A LLEVAR A CABO UNA INSPECCIÓN DE LAS MEDIDAS FINANCIADAS DE EFICACIA DE ENERGÍA. EL CLIENTE O MIEMBRO ACEPTA PROVEER EL ACCESO RAZONABLE PARA INSPECTOR LA INSTALACIÓN. SE PUEDE LLEVAR A CABO LAS INSPECCIONES IN SITU HASTA UN AÑO DESPUÉS DE LA FECHA DE INSTALACIÓN DE LAS MEDIDAS DE EFICACIA DE ENERGÍA. 5. ENERGY OUTREACH COLORADO Y TODOS LOS SERVICIOS PÚBLICOS DEL PROGRAMA DE CARE NO SON RESPONSABLES POR LA ELIMINACIÓN O RECICLAJE DE BASURAS COMO CONSECUENCIA DE ESTE PROYECTO; NO SON RESPONSABLES POR CUALQUIER DAÑO COMO CONSECUENCIA DE LA INSTALACIÓN O EL FALLO DEL EQUIPAMIENTO DE LA INSTALACIÓN; Y NO GARANTIZA QUE UN NIVEL ESPECÍFICO DE ENERGÍA O UN AHORRO DE COSTO RESULTARÁ DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE EFICACIA DE ENERGÍA O QUE EL USO DE PRODUCTOS FINANCIADOS POR ESTOS PROGRAMAS. 6. LOS SOLICITANTES NO PODRÁN OMITIR LAS MEDIDAS ELEGIBLES DE EFICACIA DE ENERGÍA QUE SON VALIDADAS COMO RENTABLES. SE DEBE TRATAR EL AISLAMIENTO, EL SELLAMIENTO DE AIRE Y OTRAS MEDIDAS DE BAJO COSTO ANTES DE TRATAR LOS ASUNTOS DE RECAMBIO DE EQUIPAMIENTO MECÁNICO.



CONSENT TO DISCLOSE UTILITY CUSTOMER DATA

All requested information must be provided for the consent to be valid. This form may be available in other languages. To obtain a copy in another language, please contact your utility provider. Para obtener una copia de este formulario en español, por favor contacte a su proveedor de servicios públicos.

Utility Name and Contact: Atmos Energy Corporation

Physical and Mailing Address: 5430 LBJ Fwy, Ste 500, Dallas, TX 75240

Phone: 800.631.8466 Email: energyassistance@atmosenergy.com Fax: 214-276-6500

For additional information, including the utility's privacy policy, visit www.atmosenergy.com.

To be completed by the Data Recipient

By signing this form, you allow your utility to give the following information to:

Organization/Trade Name: Energy Outreach Colorado

Contact Name (if available): Enrique Hernandez

Physical and Mailing Address: 225 E 16th Ave Ste 200, Denver, CO 80203

Phone: 303-825-8750 Email: energyassistance@energyoutreach.org Fax: 303-825-0765

This organization will receive the following customer data:

Information from your meter collected by your utility services provider from the following services (check all services that apply):
 electric steam natural gas

Information regarding your participation in renewable energy, demand-side management, load management, energy efficiency or other utility programs

Other (specify) _____

This information will be used to:

Provide you with products or services you requested

Offer you products or services that may be of interest to you

Determine your eligibility for an energy program

Analyze your energy usage

Other (specify) _____

DATA COLLECTION PERIOD

The relevant timeframe associated with the requested data is from 1 / 1 / 15 and will:

end on ___ / ___ / ___

be effective until terminated by you.

You may terminate this consent at any time by sending a written request with your name and service address to your utility.

To be completed by the Customer

CUSTOMER DISCLOSURES

Customer data can provide insight into activities within the premises receiving utility service. Your utility may not disclose your customer data except (1) if you authorize the disclosure, (2) to contracted agents that perform services on behalf of the utility, or (3) as otherwise permitted or required by laws or regulations.

You are not required to authorize the disclosure of your customer data. Not authorizing disclosure will not affect your utility services.

You may access your standard customer data from your utility without any additional charge.

Your utility will have no control over the data disclosed pursuant to this consent, and will not be responsible for monitoring or taking any steps to ensure that the data recipient maintains the confidentiality of the data or uses the data as authorized by you. Please be advised that you may not be able to control the use or misuse of your data once it has been released.

In addition to the customer data described above, the data recipient may also receive the following from your utility: your name; account number; service number; meter number; utility type; service address; premise number; premise description; meter read date(s); number of days in the billing period; utility invoice date; base rate bill amount; other charges including base rate and non-base rate adjustments; taxes; and invoice total amount. Your utility will not provide any other information, including personally identifiable information, such as your Social Security Number or any financial account number, to the data recipient through this consent form.

PLEASE READ THE CUSTOMER DISCLOSURES ABOVE

By signing this form you acknowledge and agree that you are the customer of record for this account and that you authorize your utility service provider to disclose your customer data as specified in this form.

CUSTOMER ACCOUNT NUMBER

SERVICE ADDRESS

PRINTED NAME

SIGNATURE OF CUSTOMER OF RECORD

DATE SIGNED