SOLICITUD DEL PROGRAMA LEAP

INFORMACIÓN IMPORTANTE–POR FAVOR LEA ANTES DE APLICAR

¿Necesita ayuda para completar la solicitud de LEAP, tiene preguntas sobre cómo aplicar o donde enviar su solicitud? Para las respuestas a estas y otras preguntas llame al 1-866-432-8435, HEAT HELP.

El propósito del programa LEAP es ayudar económicamente a las familias de bajos recursos que califiquen para pagar el costo de la calefacción de su vivienda durante el invierno. LEAP no paga todo el costo de la calefacción. La ayuda de LEAP es para todos los que califiquen, sin importar la raza, color, sexo, edad, discapacidad, nacionalidad, partido político o creencia religiosa.

LEAP no puede asistir o proporcionar beneficio alguno para cualquier tipo de sistemas de calefacción portátiles.

REQUISITOS

USTED PUEDE CALIFICAR PARA LEAP SI:

- Paga el costo de la calefacción de vivienda a un proveedor de energía, a un vendedor de combustible, o si el costo de la calefacción está incluído en la renta.
- Es un residente legal y permanente de E.U. en Colorado; o si usted tiene familiares en su casa que son ciudadanos de los Estados Unidos.
- Los ingresos familiares están dentro de los parámetros que se indican más abajo. La “familia” incluye a todas las personas que viven en la misma casa y por quienes el solicitante tiene una responsabilidad financiera.

NÚMERO DE PERSONAS	MÁXIMO INGRESO MENSUAL 60 POR CIENTO DE LA MEDIANA ESTATAL
1	$3,607
2	$4,717
3	$5,827
4	$6,938
5	$8,048
6	$9,158
7	$9,366
8	$9,574
CADA PERSONA ADICIONAL	$208

REVISE SU APLICACION ANTES DE ENTREGARLA

Asegúrese de que contestó todas las preguntas y de que está enviando toda la información que se le pide. Preste atención a los detalles, y su solicitud se procesará con mayor rapidez. No procesamos solicitudes incompletas. Cuanto más rápido recibamos su solicitud, más rápido la procesaremos y decidiremos.

- ☐ Completé todas las preguntas en todas las secciones de mi solicitud.
- ☐ He incluido número de Seguro Social y fechas de nacimiento de todos los miembros de la familia.
- ☐ He incluido una copia de verificación documentada de no cuidadano
- ☐ Incluyo copias de mis recibos de sueldo, cartas de aprobación, préstamos, etc., como prueba de mis ingresos y de los ingresos de mi familia el mes pasado.
- ☐ He incluido recibos de todos mis gastos que he reclamado en mi formulario de ingresos y perdidas de empleo propio. Estoy anexando una fotocopia de mi factura más reciente para calefacción (no la luz) en que consta el nombre y dirección de la compañía y el número de mis cuentas.
- ☐ Estoy anexando una fotocopia de mi recibo de renta más reciente (si la calefacción está incluída en la renta que pago). El recibo tiene que indicar nitidamente que la calefacción está incluída.
- ☐ Firmé mi solicitud.

COMPLETAR LAS 4 PÁGINAS Y FIRME LA PÁGINA 4

SOLICITUD DEL PROGRAMA LEAP

¿QUÉ A HACER SI SU HOGAR ESTÁ EN UNA EMERGENCIA? *(servicio desconectado; a punto de ser desconectado, fuera de propano; a punto de quedarse sin gas propano)*

Si estás en una emergencia tu solicitud será procesada rápidamente. Por favor, siga estas instrucciones:

1. Complete su solicitud y asegúrese de contestar todas las preguntas en la sección 7 pertenecientes a su emergencia y proporcionar una copia de su aviso de desconexión, si procede.
2. Para obtener instrucciones sobre cómo enviar rápidamente su solicitud y documentos de apoyo a la oficina del Condado o si necesita ayuda para completar su solicitud, llame HEAT HELP al 1-866-432-8435.

SIGA PAGANDO SUS GASTOS DE CALEFACCION. EL PROGRAMA LEAP NO PAGARA TODA SU CUENTA.

No espere a recibir ayuda de LEAP para pagar. Lleva tiempo procesar la solicitud. Siga pagando sus cuentas. Si usted envió su solicitud y le llega una nota de cancelación de servicios ("shutoff") antes de que LEAP le conteste, o si su servicio de calefacción fue desconectado, llame inmediatamente al departamento de servicios sociales de su condado. Recuerde que llenar la solicitud no significa que usted puede ignorar sus cuentas por la calefacción o las notas que el envía la compañía de energía.

SU PARTICIPACION EN OTROS PROGRAMAS DEL GOBIERNO NO AFECTAN SU SOLICITUD DE LEAP.

Su participación en otros programas no limitará ni impedirá su participación en LEAP. No importa si usted está en Medicare, suplemento del seguro social (SSI), Colorado Works/TANF, estampillas de comida, pensión a la vejez (OAP), o ayuda para discapacitados o no videntes (AND/AB).

SOLAMENTE SE PUEDE RECIBIR UNA AYUDA DE LEAP DURANTE LA TEMPORADA DE INVIERNO.

La temporada de invierno (para uso de la calefacción) va del 1 de noviembre al 30 de abril. La ayuda de LEAP puede enviarse en dos (2) pagos separados, pero esa será la única ayuda que usted reciba. Planifique con cuidado.

USTED PUEDE RECIBIR SOLAMENTE UN BENEFICIO DE LEAP POR TEMPORADA DE CALEFACCIÓN.

La temporada de calefacción empieza el 1 de noviembre hasta el 30 da abril. Ya que su asistencia de LEAP podrá dividirse en dos partes con pagos separados, cualquier beneficio que usted reciba durante la temporada de calefacción será el unico para ese año—debe planear según este detalle.

Si recibe ingresos del Seguro Social, por favor de enviar su solicitud antes de Enero 1, 2026 debido a que LEAP pueda verse afectado por el costo annual de ajuste de vida.

Derechos de apelación—Usted tiene el derecho de apelar, si su solicitud no es procesada dentro de los plazos establecidos por el Departamento de Servicios Humanos de Colorado. Si la oficina del condado/contratista no procesa su solicitud dentro de los 30 días a partir de la fecha de recepción para una aplicación normal o 18 días desde la fecha de recepción de una solicitud de emergencia, por favor póngase en contacto con la línea de ayuda HEAT HELP al 1-866-432-8435 pedir una conferencia con la oficina estatal de LEAP.

SI USTED RECIBE INGRESOS DEL SEGURO SOCIAL POR FAVOR MANDE SU SOLICITUD ANTES DEL 1RO DE ENERO 2019 PORQUE SU ELIGIBILIDAD PUEDE SER AFFECTADA POR EL AJUSTE AL COSTO DE LA VIDA (COLA).

OTROS BENEFICIOS DEL PROGRAMA LEAP

Programa de intervención de crisis (CIP)
Si usted califica para LEAP, quizá también califique para ayuda en casos de emergencia, como reparar un calentón su sistema de calefacción llame al 1-855-4MYHEAT (1-855-469-4328).

PREPARACION PARA EL INVIERNO

Puede también calificar para recibir servicios de weatherization gratuitos que mejorarán su casa a través del Programa de Weatherization de Colorado. La climatización reducirá el uso de energía en su casa, ayudándole a ahorrar dinero y a mantener su casa más segura y confortable todo el año. Para mayor información llame 1-866-432-8435.

PROGRAMA DE REMBOLSO DE COLORADO PARA IMPUESTOS A LA PROPIEDAD, LA RENTA O LA CALEFACCIÓN

Colorado también ofrece un descuento del impuesto a la propiedad, alquiler, y gastos de calor a los ancianos de bajos ingresos y personas con discapacidad. Por favor, visite la página del Departamento de Ingresos de Colorado en **https://tax.colorado.gov/PTC-rebate** para obtener más información y el folleto de la solicitud de reembolso o llame al (303) 238-7378, oprima 1.

PARA MAS INFORMACION, LLAME AL COLORADO DEPARTMENT OF REVENUE, AL (303) 238-7378 O VISITE EL SITIO WEB WWW.COLORADO.GOV/PTC.

¿LE GUSTARIA SABER EL ESTADO DE SU SOLICITUD POR LEAP?

Para preguntar sobre el estado de su solicitud por LEAP, por favor llame a HEAT HELP a 1-866-432-8435.

COMPLETAR LAS 4 PÁGINAS Y FIRME LA PÁGINA 4

COLORADO
Office of Economic Security
Division of Food & Energy Assistance

LEAP

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE LEAP

(El Programa corre entre Noviembre 1ro–Abril 30avo)

COMPLETAR LAS 4 PÁGINAS Y FIRME LA PÁGINA 4

FOR COUNTY USE ONLY		
County	Household Number Basic	Suffix

Notes

Date Received

Si necesita ayuda completando esta solicitud, llame al HEAT HELP a 1-866-432-8435.

1. SOLICITANTE

Apellido	Nombre		Segundo Nombre	
Dirección de Residencia	Ciudad		Estado	Código Postal
Dirección de Casa (Si es diferente a la anterior)	Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono o Teléfono Celular / Fecha de Nacimiento / Lugar de Nacimiento / Edad	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro	Es usted un ciudadano de los EE. UU.? ☐ Si ☐ No	Es usted un residente permanente? ☐ Si ☐ No	
Dirección de Correo Electrónico	En que condado vive?	Numero de Seguro Social		

La información reportada en esta sección no se utilizará para determinar su elegibilidad para LEAP o su nivel de pago. Esta información solo será utilizada para información estadística.

Marque (☐) aquí si algún miembro de su hogar es: ☐ Discapacitado o ☐ Veterano

Etnicidad del solicitante: ☐ Hispano (HS) ☐ No hispano (NHS)

Raza del solicitante: ☐ Blanco/caucásico (WC) ☐ Negro o afroamericano (B or AA) ☐ Indio americano o nativo de Alaska (AI or AN) ☐ Asiático (AS) ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico (NH or PI) ☐ Otro/desconocido (OTH)

2. MIEMBROS DE FAMILIA EN SU CASA

Complete toda la información abajo para cada miembro de su familia **"Su casa/hogar"** indiqué todas las personas que viven con usted y que dependen económicamente de usted. Indiqué compañeros de casa o miembros de otras familias que viven con usted en la sección 3.

Nombre (Indique todos los miembros de su familia)	**Numero de Seguro Social**	**Fecha de Nacimiento**	**Relación a usted**	**Edad**	**Sexo**	**Lugar de nacimiento**	**Etnicidad** *(ver arriba para el código)*	**Raza** *(ver arriba para el código)*	***Es usted ciudadano de los EE.UU?** Si	No	***Es usted un residente documentado?** Si	No

*Si usted o algún miembro de su hogar son residentes con registro, FAVOR DE ADJUNTAR UNA COPIA DE SU VERIFICACIÓN DOCUMENTADA DE NO CIUDADANO A LA SOLICITUD.

3. ALGUIEN MAS VIVE EN ESTA RESIDENCIA? ☐ Sí ☐ No

Enumere a los compañeros de cuarto o miembros de otras familias que no sean parte de su hogar y de quienes no sea financieramente responsable. Si la respuesta es "sí", ¿cuántos?

Nombre	Relación a usted	Edades

4. INGRESOS DE LA FAMILIA

A. Usted o alguien en su hogar tiene ingresos de trabajo? ☐ Sí ☐ No

Quien lo recibe?	Con que frecuencia le pagan?	Cantidad en bruto por mes	Nombre del lugar de empleo	**Adjunte copias de los talones de pago de al menos las 4 semanas anteriores a la fecha de aplicación.**

B. Usted o alguien en su hogar tiene ingresos de trabajo por cuenta propia? (Incluye cuidado de niños, etc.) ☐ Sí ☐ No

Quien lo recibe?	Con qué frecuencia se pagan?	Es una LLC o SCORP?	Nombre del negocio	**Si tiene gastos comerciales, adjunte copias de los recibos.**
		☐ Yes ☐ No		
		☐ Yes ☐ No		

C. Usted o alguien en su hogar tiene ingresos no laborales (que incluyen cualquier programa de asistencia pública) como se indica a continuación? ☐ Sí ☐ No

Ingresos de Seguro Social (SSA); Ingresos de Seguro Social Suplementario (SSI); Ingresos de Seguro Social para los Deshabilitados (SSDI); Colorado Works (TANF); Pensión de los Ancianos (OAP); Aid to the Needy Disabled (AND); Mantenimientos de Niños; Alamony/Mantenimiento para la Esposa; Beneficios de Veterano; Compensación de Desempleo; Beneficios de Incapacitados de Empleo; Pensión o Ingreso de Retiro; Cualquier otro Ingreso (por favor explique):

Quien lo recibe?	Con qué frecuencia se pagan?	Cantidad en bruto por mes	Tipo de Ingreso No Laborar come se indica arriba	**Adjunte copias de las cartas de adjudicación del mes anterior a su fecha de aplicación.**

D. Usted recibió préstamos o regalos de amigos o familiares? ☐ Sí ☐ No

Si es un préstamo, En qué fecha recibió usted el dinero? _____ Cual es la cantidad del préstamo? _____

En qué fecha empezara usted a pagar su préstamo? _____ Cuanto pagara por mes? _____

Si es un regalo de un amigo o familiar, Cuando recibió usted el dinero? _____ Cuanto recibió? _____

E. Explique cómo está usted pagando los siguientes gastos, únicamente si sus ingresos mensuales no cubren sus necesidades básicas.

Renta: _____ Utilidades: _____

COMPLETAR LAS 4 PÁGINAS Y FIRME LA PÁGINA 4

● 5. ARREGLOS DE VIVIENDA

Indique (✓) Donde vive usted? Descríbalo abajo.

☐ Casa
☐ Duplex/triplex/cuatruplex
☐ Townhouse
☐ Apartamento/condo
☐ Casa móbil
☐ Casa de huéspedes
☐ Hotel
☐ Van/carro/autobús
☐ Casa para grupos
☐ Dormitorio
☐ Casa de miembros de fraternidad/sociedad
☐ Centro de rehabilitación
☐ Penitenciaria/cárcel/prisión
☐ Casa para ancianos/albergue
☐ Otra vivienda, Por favor especifique_____
☐ Cabaña
☐ Tráiler
☐ Remolque
☐ RV

Usted Alquila? ☐ Sí. Si su respuesta es sí, cuál es su renta mensual?_____

Tiene un pago de hipoteca? ☐ Sí.
Si su respuesta es sí, Cual es su pago de hipoteca? $ _____; o, es usted propietario de su vivienda sin deudas? ☐ Sí

Paga usted alquiler por un espacio o lote? ☐ Sí. Si su respuesta es si, Cuál es el pago del alquiler del espacio o lote? $ _____

Como se llama el complejo de apartamentos donde usted vive y el teléfono? _____

● 6. AYUDA PAGANDO RENTA

Vive usted en vivienda de bajos ingresos (sección 8, vivienda pública, etc.)? ☐ Sí ☐ No

● 7. INFORMACION SOBRE LA CALEFACCION/RENTA

ESTÁ TENIENDO UNA EMERGENCIA CON EL COMBUSTIBLE PRINCIPAL DE CALEFACCIÓN EN ESTE MOMENTO? ☐ Sí

Si su respuesta es sí, marque el tipo de emergencia abajo y adjunte una copia de la notificación de su proveedor de energía:

☐ Ya estoy desconectado. Fecha de desconexión: _____

☐ He recibido una notificación pero aun no esta desconectado. Fecha de desconexión programada: _____

☐ Esta el tanque de propano vacio o está fuera de un combustible a granel, tales como la madera, el aceite de combustible, etc.?
Mínima cantidad necesaria para entrega: $_____

☐ El tanque de propano esta a 20% o menos. Mínima cantidad necesaria para entrega: $_____

Indique (✓) cual es el combustible primario que usted usa para calentar su casa (no la luz). **INDIQUE SOLAMENTE UNO**.

☐ Gas Natural ☐ Propano ☐ Electricidad ☐ Leña ☐ Carbón ☐ Aceite ☐ Queroseno ☐ Otro: _____

LEAP no puede proporcionar beneficios para ningún tipo de sistemas de calefacción portátiles.

Indique (✓) la manera en cual usted paga su calefacción (no la luz) de su casa.

☐ Pago los gastos de calefacción directamente a la compañía de utilidad o al vendedor de combustible. **(Si la respuesta es sí, adjunte una copia de su más reciente *factura de calefacción*)**

Nombre del vendedor de combustible:_____ Numero de cuenta: _____

Si su electricidad es suministrada por una compañía diferente, por favor indique:

Nombre de la compañía eléctrica: _____ Numero de cuenta: _____

Si su cuenta esta al nombre de otra persona, provea el nombre y dirección de esa persona y su relación a usted.

Nombre:_____ Dirección:_____ Relación: _____

Explique la razón porque su cuenta esta en ese nombre: _____

☐ La calefacción está incluida en la renta. (Si es así, adjunte una copia de su más reciente recibo de su renta.)

☐ Otra persona que no vive conmigo paga los gastos de calefacción. Provea el nombre y dirección de esa persona y su relación a usted.

Nombre:_____ Dirección:_____ Relación: _____

Explique la razón porque esa persona paga su cuenta de calefacción: _____

COMPLETAR LAS 4 PÁGINAS Y FIRME LA PÁGINA 4

● 8. INFORMACION ADICIONAL

Yo me enteré del programa de LEAP por la siguiente fuente: (marque sólo una opción):

☐ Amigo
☐ Anuncio de LEAP
☐ Compañía de calefacción
☐ Recibí la solicitud en el correo
☐ 1-866-HEAT-HELP (432-8435)
☐ Periódico
☐ Radio
☐ LEAP sitio de web
☐ Centro de ancianos
☐ Anuncios
☐ Asientos de espera de autobús
☐ Televisión
☐ Oficina de Servicios Sociales
☐ PEAK sitio de web
☐ Otro

● 9. CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL CLIENTE

La oficina LEAP de Colorado[1] Asistencia Telefónica para Calefacción: (866) 432-8435
(Para obtener una lista de agencias afiliadas que podrían proveerle asistencia, visite la página de Internet de LEAP: www.colorado.gov/cdhs/LEAP)

La oficina LEAP solicita a usted que autorice a su proveedor de servicio de energía para que revele la siguiente información a dicha oficina:

- El historial de consumo de energía y otros detalles de su cuenta tales como facturas de pago por servicios de energía, historial de pagos, saldos atrasados, depósitos pendientes, fecha actual estimada para la suspensión del servicio o fecha de suspensión del servicio, condición actual de sustento de vida, plan de pago, e historial de ayuda en los pagos de energía.
- La información general de su consumo de energía de hasta veinticuatro meses (únicamente indique los montos mensuales). Dicha información es específica para el cliente y se obtiene del medidor de su proveedor de servicio de energía: ☐ Electricidad ☐ Gas natural.

La oficina LEAP usará esta información para determinar su elegibilidad y asistirlo en su solicitud para participar en los programas de asistencia para gastos de energía. Si usted lo autoriza, la revelación empezará en la fecha que firmó la solicitud y terminará en la fecha que termine su participación en el programa de asistencia en los gastos de energía relevante. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

Favor de tener en cuenta que:

- No se le exige que autorice a su proveedor de servicio de energía para que revelé su información de cliente.
- Su decisión de no autorizar la revelación no afectará sus servicios de energía.
- Su proveedor de servicio de energía no puede revelar información del cliente a menos que: (1) usted lo autorice, (2) los agentes contratistas que realizan los servicios a nombre del proveedor de energía, o (3) lo permita o requiera las leyes o reglamentos.
- Su proveedor de servicio de energía no tendrá control sobre los datos revelados en cumplimiento con este consentimiento, y no será responsable por el monitoreo ni tomará ninguna medida para asegurar que la oficina LEAP mantenga la confidencialidad de la información o el uso que usted autorizó.
- De conformidad con la sección 26-1-114, C.R.S., LEAP no revelara el información privada del solicitante a menos que sea con el propósito de administrar la asistencia pública según está definida por los reglamentos y leyes federales y del estado.

[1] LEAP es un Programa de Asistencia para Gastos de Energía para personas de bajos ingresos de Colorado. Este programa es administrado por el Departamento de Servicios Humanos de Colorado y los afiliados de LEAP.

● 10. FIRMA Y CONSENTIMIENTO

Mediante mi firma abajo, entiendo, reconozco y estoy de acuerdo que:

1. Si me llaman del Programa de Climatización, mi rechazo a permitir la climatización en mi casa podría resultar en la negación de los beneficios de LEAP.
2. Mi número de seguro social será usado para solicitar e intercambiar información con otras agencias como parte del proceso de verificación de elegibilidad.
3. El Departamento de Servicios Humanos de Colorado (CDHS, por sus siglas en inglés), podría usar mi número de seguro social para obtener datos de mi sueldo, monto de ingresos no derivados del trabajo, récords de pago de manutención de hijos, ingresos de intereses, beneficios del Seguro Social, jubilaciones, jubilación de empleados ferroviarios, o beneficios de los veteranos. Como parte del proceso de verificación de elegibilidad, el CDHS tiene mi permiso para comunicarse en mi nombre con otras agencias para establecer la elegibilidad.
4. Yo soy el cliente que consta en el récord, el agente autorizado del cliente, o una tercera parte autorizada por la cuenta de servicio de energía identificada en esta solicitud, y autorizo a mi proveedor de servicio de energía para que revele mi información de cliente como se especifica en la sección 10 de esta solicitud.
5. Usted podría cancelar su consentimiento para la revelación de la información de cliente por medio del proveedor de servicio de energía a la oficina de LEAP en cualquier momento mediante el envío de una solicitud escrita con su nombre y dirección de servicio de su proveedor de servicio identificado en la sección 7.
6. Si LEAP repara o reemplaza mi sistema de calefacción y yo no permito acceso a mi vivienda para propósitos de completar el servicio (incluyendo, pero no limitado a, inspecciones del gobierno requeridas por ley), mi rechazo podrá resultar en ser rechazado para todos los beneficios.
7. Es un crimen mentir en la solicitud o recibir beneficios para los cuales yo sé que mi familia y yo no somos elegibles, y yo puedo ser sujeto a ser procesado criminalmente por proporcionar información falsa de manera intencional. Dar información falsa puede ser castigado por una multa de hasta $250,000 o una sentencia de cárcel de hasta 20 años, o ambos.
8. Una persona declarada culpable de cometer fraude no puede recibir beneficios durante un año para la primera ofensa, dos años para la segunda ofensa y permanentemente por la tercera.

▼ FIRME SU NOMBRE COMPLETO ABAJO ▼

▶ **Firma:** _____ **Fecha:** _____ ◀
La firma de la solicitud debe ser la misma persona listada en #1, página 1 — Mes, Día, Año

Si alguna persona le ayuda al solicitante a completar esta solicitud, esa persona debe firmar abajo.

_____ _____
Firma de Ayudante — Imprimir el Nombre del Ayudante

_____ _____ _____
Dirección — Teléfono — Fecha

Si desea conocer el estado de su solicitud, llame a HEAT HELP al 1-866-432-8435.