



Greater East Texas Community Action Program

PO BOX 630938 N A C O G D O C H E S , TX 75963
Phone: (936) 564-2491 FAX: (936) 564-0302 WWW.GET-CAP.ORG
(800) 621-5746 PROGRAMINFO@GET-CAP.ORG

Llame al Sistema automatizado para una cita a 936-720-7474 o ir a www.get-cap.org

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR: SIN EXCEPCIONES

Prueba De Ciudadania Por Uno De Los Siguietes:

- Pasaporte Estadounidense
Certificado de Nacimiento del Registro Civil Certificado o Certificado de nacimiento extranjero) FS-240, DS-1350, or FS-545)
Tarjeta Tribal de Indio Americano o Nativo de Alaska con foto
Certificado de Ciudadania Estadounidense (N-550, N-561)
Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Extranjero Residente (I-551)

PRUEBA DE IDENTIFICACION PARA MAYORES DE 18 ANOS

uno de los siguientes:

- Licencia de conducir o una tarjeta de identificacion con foto
Identificacion de Empleado del Gobierno
Identificacion Militar de los EE. UU. O dependiente militar

Prueba Para Menores de 17 anos (2 Articulos)

- 1. Tarjeta de Seguro Social
2. Identificacion de Estudiante
3. Expediente Educativo
4. Cartilla de Vacunacion

Prueba de TODOS los ingresos ganados/recibidos en los ultimos 30 dias a partir de la fecha de la solicitud

Carta de concesion de este ano para el Seguro Social, SSI, VA, SSDI, RSDI, TANF, reembolso de servicios publicos
No Podemos aceptar estados de cuenta bancarios o formularios de impuestos W2

Informacion adicional si recibe: Comprobante de cupones para alimentos, manutencion infantile, credito tributario por ingreso del trabajo

La Autorizacion General para Divulgacion de Informacion debe ser completada po el TITULAR DE LA CUENTA o USUARIO AUTORIZADO en la cuenta.

Si no tiene ninguno de los elementos enumerados para prueba de ciudadania o identificacion comuniquese con GETCAP para conocer otras opciones.

La solicitud no es una garantia de los servicion, debe calificar para los programas.

No envie la solicitud hasta que tenga toda la informacion requerida y la solicitud este complete y firmada por complete.

CLIMATIZACION

La climatizacion NO incluye ventanas, puertas, pisos, techos, cableado o plomeria.

- Las evaluaciones son programadas por nuestro personal por telefono o visitas domiciliarias. Despues de dos intentos de comunicarse sin respuesta, su solicitud sera denegada.
Cualquier cita Perdida para una evaluacion sin previo aviso hara que su solicitud sea denegada. Se le permite reprogramar una vez. Cualquier intent posterior de reprogramar una evaluacion hara que se rechace la solicitud.
Cualquier hogar que se considere un riesgo para la salud y la seguridad de nuestro personal o contratistas estara sujeto a una revision adicional a discrecion de GETCAP.
Formulario de permiso del arrendador: SOLAMENTE ALQUILERES (consulte a nuestro sitio web o solicite una copia)

Debe incluir un mapa o una breve descripcion de su hogar en la pagina 3 de su solicitud.

**POR FAVOR INCLUYA EL FRANQUEO APROPIADO – EL CORREO CON FONDOS
INSUFICIENTES SERA DEVUELTO**

Greater East Texas Community Action Program

Solicitud de Servicios

Todos los campos deben ser completados

FOR OFFICE USE ONLY

Received _____

 VA
 CM

 Priority
 N Priority

 Online
 F2F

Nombre de Solicitante			
Direccion	Ciudad	Condado	Codigo Postal
Direccion Postal si es Diferente		Telefono Principal #	Telefono Secundario o Alternativo #
Correo Electronico		Referido Por	

Por favor verifique el programa que esta solicitando:

Asistencia Energetica
 RISE (Manejo de Casos)
 Climatizacion
 Head Start
 Asistencia Agua
 Asistencia Otra

Por favor use esta leyenda para completar las preguntas Seguro de Salud, Situacion Laboral, Educacion, Raza, y Ethnicidad

Seguro de Salud: (se puede elegir mas de uno)

- A. Medicaid(Seguro de enfermedad)
- B. Medicare(Seguro medico del estado)
- C. Seguro Estatal de Salud Infantil (CHIP)
- D. Seguro de Salud Estatal para Adultos
- E. Cuidado de la Salud Militar
- F. Compra Directa
- G. Basado en el Empleo
- H. Ninguno

Educacion:

- A. 0 – 8 Grado
- B. 9 – 12 Grado
- C. Graduado de Secundaria o GED
- D. Alguna Educacion Superior
- E. Graduado Universitario de 2 o 4 años
- F. Graduado de otra escuela postsecundaria

Situacion Laboral:

- A. Tiempo Completo
- B. Medio Tiempo
- C. Trabajador migratorio, estacional o agricola
- D. Desempleado (6 meses o menos)
- E. Desempleado (mad de 6 meses)
- F. Desempleado
- G. Retirado

Raza:

- A. Afroamericano
- B1. Hispano
- B2. Angloamericano
- C. Indio Americano o Nativo de Alaska
- D. Asiatico
- E. Multi-raza (2 o mas)
- F. Otro

Todos los campos deben completarse por cada miembro del hogar

Si o No

Use la leyenda para esta seccion

Nombre y Apellido	Relacion con usted	Numero de Seguro Social #	Fecha de Nacimiento	Sexo Masculin o Femenino	Si o No			Use la leyenda para esta seccion				
					Militar Activo	Veterano	Discapacitado	Seguro de Salud	Situacion Laboral (18 años o mas)	Educacion	Raza	Ethnicidad (Hispano o No Hispano)
1	Si Mismo											
2												
3												
4												
5												
6												
7												

Listar miembros adicionales en la parte posterior o pagina separada

Enumere a todos los miembros del hogar de 18 años o mas (Si se paga semestralmente indique las fechas de pago: 5th & 20th)

NOMBRE		SEMANAL	CADA DOS SEMANAS	SEMI MENSUAL	MENSUAL
	LE PAGAN				
	LE PAGAN				
	LE PAGAN				
	LE PAGAN				

Su familia recibe cualquiera de los siguientes beneficios? (Verifique)

<input type="checkbox"/> Jubilacion del Seguro Social	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Servicios de VA- Compensacion de Discapacidades Conectado	<input type="checkbox"/> Otro: Por favor explique
<input type="checkbox"/> Manutencion de los hijos	<input type="checkbox"/> SSDI	<input type="checkbox"/> EITC	<input type="checkbox"/> Compensacion del Trabajador	<input type="checkbox"/> Pension Alimenticia o otra Manutencion Conyugal
<input type="checkbox"/> Pension de Invalidez	<input type="checkbox"/> SNAP	<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> Seguro Privado de Discapacidad
				<input type="checkbox"/> VA- Sin Servicio Conectado

Su familia recibe alguno de los siguientes beneficios? (Verifique)

- WIC
 Bono de Guarderia
 Vivienda Publica
 HUD-VASH
 Vivienda de Apoyo Permanente
 Vale de Eleccion de Vivienda
 Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

Ha recibido esta residencia servicios del Programa de Climatizacion? Si No Cuando? _____

En que ano fue construida su casa? _____ Es DUENO o ALQUILA su residencia? _____

Si es **DUENO**, tipo de vivienda? Casa Privada Casa Movil (Ancho Simple o Doble) Hipoteca Mensual: \$ _____

Si es **ALQUILADO**, tipo de vivienda? Casa Privada Casa Movil (Ancho Simple o Doble) Apartamento

Vivienda Subsidiada Los servicios publicos estan incluidos en el alquiler? Si No
 Renta Mensual: \$ _____

Nombre del Propietario: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Numero Telefonico#: _____

Tipo de **Aire Acondicionado** utilizado: Unidad de Ventana Unidad Central Enfriador Evaporativo
 Ninguno

Tipo de **Calentador** utilizado: Calentado de Gas ---- Cuantos? _____ Unidad Central Horno de Pared
 Calentador Electrico --- Cuantos? _____ Estufa --- Gas o Madera

Esta goteando su techo? Si No En caso afirmativo cuanto tiempo lleva goteando? _____ En cuantas habitaciones esta goteando? _____

Hay agujeros en sus pisos? Si No Su casa tiene una buena base? Si No

Por favor explique que ha sucedido en los ultimos 30 dias que le ha llevado a buscar nuestra asistencia y una reduccion en los ingresos.

PART EIGHT - CERTIFICATION/CERTIFICACION

1. The information provided is true and correct to the best of my knowledge and belief.
La informaci×n proveida en esta forma es correcta seg×n mi mayor entendimiento.
2. My household income has been annualized, at the time of application, according to pre-establishing agency procedures.
Los ingresos de mi hogar sido calculados anualmente seg×n los reglamentos preescritos por la agencia.
3. I understand I may request a hearing to appeal a denial of eligibility, amount of assistance received, or a delay of service delivery.
Comprendo que puedo solicitar una audiencia para apelar decisi×nes que me afectan, tales como: la elegibilidad al programa, asistencia recibida o tardanza de asistencia.
4. I authorize the Texas Department of Housing and Community Affairs and it's contracted agencies to solicit/verify information on my utility and/ or fuel bills, both past and future, to the extent the information is used only to provide data.
Autorizo al "Texas Department of Housing and Community Affairs" y sus agencias contratadas a solicitar y verificar informaci×n sobre mis cuentas pasadas y futuras para luz y gas cuando la informaci×n se usa para reporter de;ta estadística.
5. I AM AWARE THAT I AM SUBJECT TO PROSECUTION FOR PROVIDING FALSE OR FRAUDULENT INFORMATION.
COMPRENDO QUE ESTOY SUJETO A SER PROCESADO SI LA INFORMACION ES FALSA O INCORRECTEA.

PART NINE-ELIGIBILITY DETERMINATION (OFFICE USE ONLY) **DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

Does the household meet the income requirements? Yes No

If no, has the applicant requested a hearing/appeal? Yes No

Does any member of the household fit into the following priority groups:

Elderly Disabled Elderly Disabled Children 5 or under

Recommended Component:

Utility 6 Vulnerable Crisis Weatherization

Signature of Authorized Agency Staff _____ Date _____

***CASE MANAGEMENT WILL DETERMINE (ON A SEPARATE AGENCY DEVELOPED FORM):

- Appropriate CEAP Component (Utility 6, Vulnerable, Crisis)
- Benefit Level Determination/Calculations
- Crisis Description/Resolution
- Vendors Paid and Amounts

Referrals/Coordination of Services

- Puede recibir una carta por correo con una lista de pagos que GETCAP proporcionará asistencia de servicios públicos para su hogar.No month can be exchanged for any other month.
- Para los meses que no figuran en la lista, GETCAP no otorgará el pago por esos meses, y usted es el único responsable de su factura.
- Debe pagar su factura de servicios públicos todos los meses, incluso si recibe una promesa a través de nuestra agencia.
- Todos los clientes son totalmente responsables de sus facturas de servicios públicos.
- Estos pagos no son una garantía basada en la disponibilidad de fondos.
- Todas las promesas se hacen el tercer viernes de cada mes.
- Puede tomar hasta 45 días para que nuestro compromiso se publique en su cuenta como pago.
- Entiendo que si soy un cliente de Entergy, no se hará ningún compromiso en mi cuenta durante los meses indicados y soy el único responsable de mi factura hasta que GETCAP reciba el pago de Entergy.

Reconozco que he recibido consejos para ahorrar energia.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene ninos pequenos que no estan en la esuela, si es asi, le gustaria obtener informacion sobre nuestro programa Head Start?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene objetivos especificos que le gustaria alcanzar en el area de empleo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene objetivos especificos que le gustaria alcanzar en el area de educacion?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Necesita ayuda para localizer su oficina local de manutencion de menores?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desea que un representante se comuniquie con usted sobre RISE(Alcanzar la independencia a travel del programa de administracion de casas do elevacion de apyo)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desea que un representante lo contacte sobre el programa de climatizacion?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Alguien en el hogar es un empleado, miembro de la junta, familiar, amigo, o ex miembro del personal del GETCAP?

Si No

En caso afirmativo, identifique el nombre y condad _____.

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____

Case Manager Signature: _____ Date: _____



Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)

Formulario de Certificación del Ciudadano/Nacional de EEUU Solicitante para CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP Subrecipients, y SHTF, ESG, HHSP, EH
(subdivisión política solamente)

El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de America (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

Nombre los miembros del hogar	Ciudadano de los Estados Unidos de America (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EEUU (Si o No)	Extranjero Calificado (Si o No)	Nombre los documentos proporcionados para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulante.

Firma del Solicitante	Fecha

Firma del personal certificando la verificación de documentos	Imprima el nombre del personal	Fecha

***DECLARATION OF INCOME STATEMENT
(DECLARACION DE INGRESOS)**

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30 day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 días antes del aplicar para asistencia)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:

My household has no documented proof of income due to the following situation:
(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveida de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveido información falsa ó fraudulenta.)*

(Applicant Signature/Firma del Solicitante)

(Date/Fecha)

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

A QUIEN LE CORRESPONDE:

Soy solicitante del Programa de Acción Comunitaria del Gran Este de Texas.

La información solicitada tiene el propósito de determinar mi elegibilidad para asistencia y para la recolección de datos.

Por, _____ autorizo la agencia mencionada

(Nombre impreso) Nombre de Solicitante

(GETCAP) y sus fuentes de financiamiento para obtener toda la información y / o ingresos solicitados según sea necesario para determinar la elegibilidad de mi hogar para recibir asistencia. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad y se utilizará solo para fines del programa. La verificación de ingresos puede ser de TWC, TDHS y la Administración del Seguro Social, empleadores actuales y anteriores, etc., según se considere necesario. El uso de servicios públicos y la información de ingresos para fines de recolección de datos se pueden solicitar hasta por 90 días.

Compania Electrica:	Numero de Cuenta	Nombre del titular de la cuenta
Compania de Gas:		
Compania de Propano:		
Otro:		

Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y su agencia contratada a solicitar / verificar información sobre mi historial de facturación y consumo de energía, tanto en el pasado como en el futuro, en la medida en que la información se use solo para determinar la elegibilidad del programa y para proporcionar datos.

Nota: esta liberación debe ser firmada por el titular de la cuenta o usuario autorizado

Al marcar esta casilla, reconozco que soy el titular de la cuenta o usuario autorizado.

Al marcar esta casilla, reconozco que he recibido una copia de Energy Conservation.

Firma del solicitante

Fecha

Direccion (Casa # & Calle #)

SS# solo si solicita info

Ciudad, Estado, & Codigo Postal (Informacion Requerida)

Firma del personal de GETCAP autorizada

Fecha

Advertencia: La Sección 1001 del Código de los EE. UU. Establece que es un delito hacer declaraciones falsas intencionales de tergiversación a cualquier Departamento o Agencia de los EE. UU. En cuanto a cualquiera dentro de su jurisdicción.

Entiendo que una fotocopia de este comunicado es tan válida como la original.

Lanzamiento para renovar cada año calendario

Ahora presta servicios a 30 condados entre Asistencia Energetica y Climatizacion

Departamento de Asistencia Energetica

Envie por correo, fax o correo electronico utilizando los siguientes metodos

Las solicitudes y todos los documentos de respaldo pueden devolverse en persona, por correo postal o electronico, o por fax.

Direccion de envio:
P.O. Box 631938, Nacogdoches, TX 75963

(Incluya el franqueo adecuado: se devolvera el correo con fondos insuficientes)

Correo Electronico: programinfo@get-cap.org

Numero de Fax: 936.564.0302

Para obtener actualizaciones sobre el estado de su solicitud, envíenos un correo electronico a statusupdate@get-cap.org

******SI ESTA SOLICITANDO ASISTENCIA
POR ENERGIA POR FAVOR LEA ******

1. Es posible que reciba una carta por correo con informacion sobre el pago de la suma global que GETCAP proporcionara para su hogar.
2. Una vez que se hayan agotado todos los creditos, GETCAP no otorgara pagos por los meses restantes, y usted es el unico reponsable de su factura.
3. Debe pagar la totalidad de su factura de servicios publicos cada mes, incluso si recibe una promesa a traves de GETCAP.
4. Todos los clientes son responsables de sus facturas de servicios publicos.
5. Los pagos de sumas globales no estan garantizados en funcion de la disponibilidad de fondos.
6. Puede tomar hasta 45 dias para que nuestro compromise se publique en su cuenta como pago.
7. Si usted es cliente de Entergy, no se realizara ningun compromise en su cuenta durante los meses indicados y usted es el unico responsable de su factura hasta que se reciba el pago de GETCAP a Entergy.

Consejos para Ahorrar Energía

Puede hacer algo para mantener sus facturas eléctricas de verano al mínimo siguiendo estos sencillos pasos.

1. **Configuración del termostato:** puede reducir el costo de enfriamiento del aire acondicionado hasta en un 14% simplemente aumentando la configuración del termostato 1 grado. Para la conservación de energía, recomendamos un ajuste de 78 grados.
2. **Aislamiento:** el aislamiento está diseñado para mantener el calor afuera durante el verano y para mantener el calor m durante el invierno. Un aislamiento adecuado puede más que pagarse solo en unos pocos años, en dinero ahorrado en la operación de aire acondicionado y calefacción.
3. **Déjelo respirar:** los filtros sucios causan tensión innecesaria y pueden ocasionar averías en el equipo. Los hombres de servicio de aire acondicionado dicen que aproximadamente la mitad de sus llamadas de problemas se remontan a filtros sucios. Sugerimos cambiar o limpiar sus filtros al menos una vez al mes, preferiblemente cada dos semanas para obtener mejores resultados.
4. **Mantenimiento:** haga revisar y limpiar su unidad cada año para asegurar la máxima eficiencia y una larga vida útil. Haga revisar y limpiar las bobinas si están sucias, y verifique si el refrigerante está cargado y las correas por desgaste y ajustes.
5. **Efficiencia:** si su unidad tiene 10 años o más, se debe instalar un nuevo sistema de alta eficiencia y tamaño adecuado.
6. **No olvide sus conductos:** puede ahorrar un 5% o más en sus costos de acondicionamiento auricular si tiene su sistema de conductos verificó fugas de aire y aislamiento adecuado.
7. **Attic ventilation:** Las temperaturas del atico a veces se elevan hasta 140 grados durante los meses de Verano. La buena ventilacion del atico bajara la temperature y reducira

Requisitos de enfriamiento dentro del hogar

8. **Fugas de aire:** puede ahorrar hasta un 10% en costos de aire acondicionado con una casa bien sellada. Selle las fugas alrededor de puertas, ventanas, salidas, placas de interruptores y salidas de plomería. La eliminación del clima también hará que su hogar sea más cómodo.
9. **A la sombra:** si su casa tiene muchas ventanas, particularmente en los lados este y oeste, ahorrará dinero sombreando el vidrio con toldos, pantallas solares o persianas. Los árboles y arbustos que dan sombra a su hogar también ayudan a reducir la carga de trabajo del aire acondicionado. Las persianas o cortinas venecianas también son útiles.
10. **Enciendolo:** al usar extractores de aire de la cocina y el baño para eliminar el exceso de calor y humedad, puede ahorrar cada mes en su factura de enfriamiento general.
11. **Menos es mejor:** puede ahorrar dinero en su factura de calefacción de agua estableciendo el control de temperatura a 140 grados moderados, o lo más bajo que sea necesario, y aún así tiene mucha agua caliente.
12. **Encima de la chimenea:** si cierra la compuerta de la chimenea durante el verano y el invierno (cuando no está en uso), ahorrará en sus facturas de calefacción y refrigeración. La instalación de una pantalla de chimenea de vidrio también ayudará a evitar que el aire suba por la chimenea.

Atención: esta es su copia, no la envíe de vuelta.