

Presentar esta solicitud por correo significa que no es necesario inscribirse en una lista de espera por teléfono ni por internet

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA CON LAS UTILIDADES

Para solicitar el programa de asistencia con las utilidades, es necesario incluir lo siguiente:

①	LA SOLICITUD: Lea y rellene completamente la solicitud
②	COMPROBANTES DE TODOS LOS INGRESOS BRUTOS recibidos en el mes anterior por todos los mayores de 18 años en su hogar. <ul style="list-style-type: none">• Los ingresos contables incluyen, pero no se limitan a: Seguro Social, pensión o jubilación, beneficios para veteranos, desempleo, TANF, salarios, pensión conyugal, manutención de hijos• Incluya una copia de cada talón de cheque recibido durante el mes anterior y/o su carta de verificación de beneficios de la SSA para 2023. No envíe los originales.• Para los mayores de edad en su hogar que no tengan ingresos, complete el formulario de Declaración de Ingresos del Hogar (DHI).• Asegúrese de firmar el formulario e incluirlo con su solicitud. Los adultos que declaren la falta de ingresos <u>han de presentar una copia de su identificación</u> (Identificación con foto, la tarjeta del seguro, u otro documento con el nombre de la persona impreso - por favor, no la tarjeta del Seguro Social).
③	COMPROBANTES DE LAS CUENTAS DE SERVICIOS PÚBLICOS <ul style="list-style-type: none">• Incluya una copia de cada una de sus recibos o facturas <u>más recientes</u> del servicio de calefacción y el agua/drenaje/desagüe• Si calienta su casa con leña, gas, petróleo de calefacción o pellets, adjunte un comprobante de cuenta o recibos/facturas de compra.• Si tiene dos fuentes de calefacción, por ejemplo SUB y leña, puede dividir el pago entre ambas.
④	FIRME LA SOLICITUD ANOTANDO LA FECHA con tinta negra o azul

ESTA SOLICITUD PUEDE SER ATRASADA O DENEGADA SI:

- No firma la solicitud;
- No presenta todos los documentos requeridos;
- Recibimos su solicitud después de que se hayan gastado los fondos;
- Su hogar no califica para un pago de asistencia;

A MENUDO, SI LA SOLICITUD SE ATRASA O SE DENIEGA, ES POSIBLE PEDIR UNA CITA EN LA OFICINA.

Si su solicitud se aprueba, recibirá un "Payment Receipt" por correo.

El proceso del pago puede tardar hasta cuatro meses en estar finalizado para que los fondos sean aplicados a su cuenta. .

¡Por favor, sigue pagando las mensualidades de su cuenta!

Presentar esta solicitud por correo significa que no es necesario inscribirse en una lista de espera por teléfono ni por internet

 **ESTA SOLICITUD NO GARANTIZA UN PAGO.** 

¡SIGA PAGANDO SUS CUENTAS DE SERVICIOS PÚBLICOS!

ANTES DE ENVIAR ESTA SOLICITUD, ASEGÚRESE DE HABER:

- ⇒ **Firmado la solicitud**, anotando la fecha (con tinta azul o negra)
- ⇒ Includo copias de todos los **comprobantes de ingresos** de todos los integrantes del hogar
- ⇒ Includo los **recibos más recientes de los servicios públicos** y/o las facturas de combustible a granel
- ⇒ Includo la Declaración de Ingresos del Hogar (DHI) completada para todos los mayores de edad en el hogar sin ingresos
- ⇒ Includo identificación para mayores de edad (18 años o más) en el hogar quienes no tengan ingresos

ENTREGUE SU SOLICITUD COMPLETA, NO MÁS TARDE DEL 31 DE DICIEMBRE, A:

Agency Name
Street
City

Nº de autorización _____

Date Received by Agency:

Esta solicitud será revisada por: _____

SOLICITUD PARA ASISTENCIA CON LAS UTILIDADES

LIHEAP ARPA OEAP LIHWA OTRA _____

SECCIÓN 1 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESOS: RELLENE LOS DATOS DE TODOS LOS QUE ACTUALMENTE VIVEN EN SU HOGAR.

Enumere todos los ingresos RECIBIDOS en el último mes. El ingreso bruto es el ingreso antes de que se hayan descontado los impuestos. Los tipos de ingresos incluyen: Seguro Social, SSI, TANF, salarios, ingresos del trabajo por cuenta propia, manutención de hijos. Esta lista no es extensa; si tiene preguntas, comuníquese con la agencia mencionada anteriormente. **Se requieren comprobantes de ingresos con esta solicitud.**

1	Nombre del solicitante: _____ Nº de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tipo de ingreso 1: _____ Monto bruto al mes \$ _____ / Tipo de ingreso 2: _____ Monto bruto al mes \$ _____
2	Nombre : _____ Nº de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tipo de ingreso 1: _____ Monto bruto al mes \$ _____ / Tipo de ingreso 2: _____ Monto bruto al mes \$ _____
3	Nombre : _____ Nº de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tipo de ingreso 1: _____ Monto bruto al mes \$ _____ / Tipo de ingreso 2: _____ Monto bruto al mes \$ _____
4	Nombre : _____ Nº de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tipo de ingreso 1: _____ Monto bruto al mes \$ _____ / Tipo de ingreso 2: _____ Monto bruto al mes \$ _____
5	Nombre : _____ Nº de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tipo de ingreso 1: _____ Monto bruto al mes \$ _____ / Tipo de ingreso 2: _____ Monto bruto al mes \$ _____
6	Nombre : _____ Nº de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tipo de ingreso 1: _____ Monto bruto al mes \$ _____ / Tipo de ingreso 2: _____ Monto bruto al mes \$ _____

CONTINÚA EN LA PÁGINA 2

Nº de autorización _____

Date Received by Agency:

Esta solicitud será revisada por: _____

SECCIÓN 1 MIEMBROS DEL HOGAR: CONTINUADO DE LA PÁGINA 1

COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA / HOGAR: ELIJA SOLO UNA OPCIÓN

DE DOS PADRES <input type="checkbox"/>	DE UN SOLO PADRE <input type="checkbox"/>	FAMILIA MULTI-GENERACIONAL <input type="checkbox"/>	UNA SOLA PERSONA <input type="checkbox"/>	ADULTOS SIN NIÑOS <input type="checkbox"/>	ADULTOS ~NO PARIENTES~ CON NIÑOS <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	---	--

BENEFICIOS NO MONETARIOS – PUEDE QUE ALGUNOS BENEFICIOS CALIFIQUEN AUTOMÁTICAMENTE A SU HOGAR PARA LA ASISTENCIA CON LAS UTILIDADES

Miembro del Hogar	¿es veterano militar?	¿tiene discapacidad permanente?	¿está recluido en casa?	Para mayores de 23 años ¿último año de estudios completado?	¿recibe estampillas SNAP?	¿recibe WIC?	¿recibe OHP?	¿recibe Medicare?	¿recibe Beneficios Médicos para Veteranos?	¿recibe Sección 8, vivienda pública u otra subvención continua para la vivienda?
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE – *Su RAZA: AFROAMERICANO – INDÍGENA NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA – ASIÁTICO – HAWAIANO NATIVO O ISLEÑO DEL PACÍFICO – BLANCO

Miembro del hogar	¿se identifica como hispan@ o no-hispan@?	su raza*	¿es miembro de algún tribu de Oregon?	¿de cual tribu de Oregon es miembro? **	** Las siguientes tribus reciben fondos de LIHEAP directamente del HHS: Tribus confederadas de los indios Coos, Lower Umpqua y Siuslaw; Tribus confederadas de Grand Ronde; Tribus confederadas de los indios Siletz; Tribus confederadas de Warm Springs; Banda Cow Creek de la Tribu Umpqua de Indios; La Tribu Klamath
1. <i>anotado arriba</i>					
2. <i>anotado arriba</i>					
3. <i>anotado arriba</i>					
4. <i>anotado arriba</i>					
5. <i>anotado arriba</i>					
6. <i>anotado arriba</i>					

INFORMACIÓN REQUERIDA DEL DOMICILIO Y LAS UTILIDADES, A CONTINUACIÓN EN LA PÁGINA 3

Nº de autorización _____

Date Received by Agency:

Esta solicitud será revisada por: _____

SECCIÓN 2 DIRECCIÓN DE SERVICIO Y NÚMERO(S) DE TELÉFONO: (SUYOS NO DE SU CONTACTO DE EMERGENCIA)

Dirección domiciliario : _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número telefónico 1: _____ Número telefónico 2: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

SECCIÓN 3 COMPAÑÍA(S) DEL SERVICIO DE ENERGÍA O VENDEDOR DE COMBUSTIBLE A GRANEL:

(LOS GASTOS DE ELECTRICIDAD, GAS NATURAL, PETRÓLEO DE CALEFACCIÓN, LEÑA, GAS Y PELLETS SON ELEGIBLES)

Compañía principal: _____ Nº de cuenta: _____

Compañía secundario: _____ Nº de cuenta: _____

PORCENTAJE PARA ESTE VENDEDOR			
100%	75%	50%	25%
0%	25%	50%	75%

SECCIÓN 4 DATOS DE LA RESIDENCIA: ELIJA TODOS QUE APLIQUEN

Tipo de vivienda	
Casa Individual	<input type="checkbox"/>
Casa prefabricada	<input type="checkbox"/>
Casa móvil	<input type="checkbox"/>
Departamento	<input type="checkbox"/>
Tráiler o Caravana	<input type="checkbox"/>
Dúplex	<input type="checkbox"/>

Situación de vivienda	
Casa propia	<input type="checkbox"/>
Alquilado - calefacción incluida	<input type="checkbox"/>
Alquilado - calefacción pagada aparte	<input type="checkbox"/>
Alquilado con subvención - calefacción incluida	<input type="checkbox"/>
Alquilado con subvención - calefacción pagada aparte	<input type="checkbox"/>

Fuente principal de calefacción	
Electricidad	<input type="checkbox"/>
Gas Natural	<input type="checkbox"/>
Petróleo de Calefacción	<input type="checkbox"/>
Gas	<input type="checkbox"/>
Pellets	<input type="checkbox"/>
Leña	<input type="checkbox"/>

Fuente secundaria de calefacción	
Electricidad	<input type="checkbox"/>
Gas Natural	<input type="checkbox"/>
Petróleo de Calefacción	<input type="checkbox"/>
Gas	<input type="checkbox"/>
Pellets	<input type="checkbox"/>
Leña	<input type="checkbox"/>

FIRMAS OBLIGATORIAS EN LAS PÁGINAS 5 Y 6 – SU SOLICITUD NO PUEDE SER PROCESADA SIN ELLAS

Nº de autorización _____

Date Received by Agency:

Esta solicitud será revisada por: _____

**SECCIÓN 5 SOLICITUD DE ASISTENCIA ENERGÉTICA/DE CLIMATIZACIÓN:
DIVULGACIONES Y APROBACIONES REQUERIDAS DEL SOLICITANTE.**

**PARTE 1: AVISO AL SOLICITANTE, DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA Y RESPONSABILIDADES,
RENUNCIA Y EXENCIÓN**

Vigente a partir del 10/01/2022

- Yo, el solicitante, comprendo que los programas gubernamentales de asistencia de energía y climatización son voluntarios y mi solicitud está sujeta a un proceso de revisión para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Comprendo que para que se considere la solicitud de mi hogar, debo presentar una solicitud completa que proporcione toda la información requerida.
- Comprendo que es posible que se me solicite que proporcione información o documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar.
- Comprendo que la solicitud de mi hogar y la información adicional o los materiales de documentación pasarán a formar parte de la solicitud de mi hogar ("Solicitud").
- Comprendo que las determinaciones sobre la elegibilidad para recibir asistencia son tomadas por el Departamento de Servicios Comunitarios y de Vivienda de Oregón (Oregon Housing and Community Services, OHCS) del estado junto con las agencias subcesionarias contratadas ("Subcesionarias").
- En caso de que se rechace la Solicitud de mi hogar, es posible que tenga derecho a una revisión de mi Solicitud en virtud de las Reglas Administrativas de Oregon aplicables.
- Tras la inscripción exitosa en los programas LIHEAP/OEAP, autorizo además a OHCS y al estado de Oregón, incluidos los subcontratistas designados, y las Subcesionarias de OHCS a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso en poder de OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) al Proveedor de servicios de energía (según se define a continuación) con el fin de administrar, monitorear, investigar y evaluar la entrega y eficiencia del programa LIHEAP/OEAP.
- Declaro que la información que proporciono para completar mi solicitud es verdadera y correcta.
- Acepto cumplir con los requisitos del programa de asistencia de energía y climatización del gobierno para los hogares elegibles.
- En caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de mi elegibilidad para estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus subcesionarias y/o contratistas.
- Acepto que soy responsable de devolver los fondos no elegibles o los fondos utilizados indebidamente.
- Autorizo y eximo de responsabilidad a OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso hasta un (1) año del programa después de mi participación en los programas LIHEAP/OEAP.

SU FIRMA EN LA PÁGINA 5 ES REQUERIDA PARA ASISTENCIA ENERGÉTICA

Nº de autorización _____

Date Received by Agency:

Esta solicitud será revisada por: _____

**SECCIÓN 5 SOLICITUD DE ASISTENCIA ENERGÉTICA/DE CLIMATIZACIÓN:
DIVULGACIONES Y APROBACIONES REQUERIDAS DEL SOLICITANTE.**

PARTE 2: AVISO, EXENCIÓN Y LIBERACIÓN DEL SOLICITANTE RELACIONADOS CON LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGÍA Y LA INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE SERVICIOS DE ENERGÍA DEL SOLICITANTE

- Entiendo que el estado de Oregon, incluidos OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias, puede solicitar información relacionada con mi cuenta (o cuentas) de servicios de energía ("Cuenta") a mi proveedor (o proveedores) de servicios de energía, incluidos la empresa de servicios, el proveedor de combustible u otra entidad similar que preste servicios similares ("Proveedor de servicios de energía"), una vez que mi hogar solicite asistencia energética a través de uno de los programas de asistencia energética, incluidos, entre otros, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregon (OEAP).
- Comprendo que la información relacionada con mi Cuenta puede ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias a fin de, entre otras cosas, determinar la elegibilidad para la asistencia energética de mi hogar, y administrar, monitorear, investigar y evaluar los programas de asistencia energética (todo ello según lo determine OHCS a su entera discreción).

Con mi firma,

- Reconozco que soy el titular de la cuenta (o el agente autorizado del titular de la cuenta) para la cuenta (o cuentas) del proveedor de servicios de energía identificada en esta solicitud.
- Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi proveedor(es) de servicios de energía a divulgar y proporcionar toda la información relacionada con mi cuenta, incluidos, entre otros, el número de cuenta, el nombre de cuenta, la dirección de servicio, las fechas de facturación y los montos cobrados, la información relacionada con acciones de cobro, otros cargos e información varios de la cuenta, u otros datos similares de la cuenta que puedan solicitar OHCS o su subcontratista designado (en adelante, "Información de la cuenta") al estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias. Comprendo y acepto que, en caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de cualquiera de estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus Subcesionarias y/o contratistas.
- Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi(s) Proveedor(es) de Servicios de Energía por dicha divulgación de la Información de mi Cuenta durante un máximo de dos (2) años del programa de asistencia energética (10/1 al 9/30) antes de mi Solicitud y durante tres (3) años del programa (10/1 al 9/30) después de que se presente mi Solicitud.
- Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias en el uso (según lo autorice OHCS a su entera discreción) de mi Información de cuenta divulgada.

PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma, por el presente, doy la autorización, aprobación y reconocimientos requeridos tanto a la PARTE 1 como a la PARTE 2 de esta SOLICITUD DE ASISTENCIA ENERGÉTICA/DE CLIMATIZACIÓN: DIVULGACIONES Y APROBACIONES REQUERIDAS DEL SOLICITANTE.

FIRMAR AQUÍ

Firma Requerida _____ Fecha _____

FIRMA REQUERIDA PARA LA ASISTENCIA CON EL AGUA EN LA PAGINA 6

Date Received by Agency:

Nº de autorización _____

Esta solicitud será revisada por: _____

SECCIÓN 6 COMPAÑIA(S) DEL AGUA, EL DRENAJE Y EL DESAGÜE

MARQUE AQUÍ SI **NO PAGA** SERVICIOS DE AGUA:

MARQUE AQUÍ SI PAGA LOS RECIBOS DEL AGUA A SU ARRENDADOR O AL ADMINISTRADOR DE LA PROPIEDAD:

FOR OFFICE USE: SEPARATE AUTHORIZATION FORM IS NEEDED PRIOR TO PROCESSING PAYMENT

ANOTE LA INFORMACIÓN DE LA CUENTA SI PAGA LOS RECIBOS A LA COMPAÑÍA DEL AGUA

Proveedor principal: _____ Nº de cuenta: _____ Estado de Cuenta _____

Proveedor secundaria: _____ Nº de cuenta: _____ Estado de Cuenta _____

SECCIÓN 7 SOLICITUD DE ASISTENCIA DEL AGUA—DIVULGACIÓN Y APROBACION REQUERIDA DE SOLICITANTE

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DE LIHWA:

Con mi firma, yo, el Solicitante, acepto las siguientes declaraciones con respecto al Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWA):

- Afirmo que la información indicada en esta solicitud es verdadera y precisa y se utilizará para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia con agua y/o aguas residuales.
- Entiendo que la información proporcionada, si está tergiversada o incompleta, puede ser motivo para la cancelación inmediata de la solicitud y/o podría dar lugar a sanciones según lo especificado por la ley, incluida, entre otras, la aplicación de las Leyes Federales y de Reclamos Falsos de Oregón.
- Acepto, como titular de la cuenta de servicios de agua y/o alcantarillado, la Liberación adicional de Información al proveedor de agua y/o aguas residuales o sus socios y representantes autorizados según sea necesario para verificar los servicios prestados y los costos asociados con los servicios y procesar el pago.
- Si le pago a mi arrendador o representante autorizado por los servicios de agua y/o aguas residuales, he proporcionado un Formulario de Autorización del Arrendador firmado como Divulgación de Información.
- Además, acepto que los datos de esta aplicación y de mi cuenta de servicios de agua y/o aguas residuales (sin incluir mi información de identificación personal) pueden ser utilizados para fines de informes o evaluación de programas por parte del personal de agua y/o aguas residuales. proveedor, sus socios y representantes autorizados, y el Estado de Oregón, incluidos, entre otros, Servicios Comunitarios y de Vivienda de Oregón (OHCS) y sus socios y representantes autorizados.

FIRMAR AQUÍ

Firma Requerida _____ Fecha _____

Nº de autorización _____

Esta solicitud será revisada por: _____

SECCIÓN 8 DECLARACIÓN DE INGRESOS DEL HOGAR (DHI)**Esta Declaración se usa SOLAMENTE por las siguientes razones:**

- Miembros del hogar, **mayores que 18 años**, que no tengan ningún ingreso
- Ingresos como la manutención de hijos o la pensión conyugal (solamente si no existe una orden de la corte)
- Ingresos irregulares como la venta de plasma o el reciclaje de latas
- Obsequios recurrentes de parte recurrentes de parientes, familiares, y/o amigos

NO se usa para salarios, trabajo por cuenta propia, Seguro Social, Pensiones, ni otros tipos de ingresos que se pueden comprobar.Rango de fechas para los ingresos de **todos** los miembros del hogar / familia: _____

	Nombre y apellidos	Fuente de Ingresos	Monto Declarado	¿Si no tiene ningún ingreso, desde cuando no ha tenido ingresos?
A	<i>Solicitante Principal</i>			
B				
C				
D				
E				
F				

Si cualquier adulto en el hogar/familia no tiene ningún Ingreso, por favor conteste lo siguiente, (utilizando A, B, C, D de la sección anterior para distinguir entre los miembros del hogar):

- ¿Recibe algún tipo de subsidio para pagar la renta? Sí No ¿Cuánto paga en total de **renta/hipoteca al mes?** \$ _____
- ¿Cómo pudo pagar su **renta/hipoteca, la comida y los servicios públicos el mes pasado?** _____
- ¿Alguien quien no vive en el hogar ha pagado los gastos durante 3 meses o más? Sí No ¿ Si sí, le dan el dinero a usted? Sí No

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que proporcioné en esta declaración es verdadera y correcta. Si he falsificado cualquiera de esta información intencionalmente, entiendo que podría quedar como responsable ante el Departamento de Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregon.

Firma Requerida del Solicitante_____
Fecha

Nº de autorización _____

Date Received by Agency:

Esta solicitud será revisada por: _____

SECTION 9 CUESTIONARIO DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA

Este cuestionario se usa cuando: Cualquier miembro del hogar/familia mayor de 18 años trabaja por cuenta propia. Es decir, cualquier negocio o trabajo ocasional, incluyendo entre otros, el cuidado de niños o jardinería. Enumere todas las deducciones del negocio.

Nombre del trabajador por cuenta propia: _____ **Nombre del negocio / empresa:** _____

Plazo (fechas exactas) correspondiente: desde _____ **hasta** _____

1. Ingresos brutos documentados del negocio	\$		
2. Total de deducciones empresariales	\$		(Suma de los montos indicados en las líneas 4 a 18 abajo)
3. Ingresos empresariales netos	\$		(Resta el monto indicado en la línea 2 del de la línea 1)
4. Combustible	\$	12. Publicidad	\$
5. Kilometraje	\$	13. Suministros	\$
6. Impuestos por bienes inmuebles o negocios	\$	14. Salarios	\$
7. Reparaciones	\$	15. Alquiler de negocio, bienes inmuebles o equipos	\$
8. Seguros	\$	16. Limpieza	\$
9. Servicios Públicos	\$	17. Costos bancarios	\$
10. Vehículos	\$	18. Otro:	\$
11. Intereses	\$	Total (anote este monto en la línea 2)	\$

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que proporcioné en esta declaración es verdadera y correcta. Si he falsificado cualquiera de esta información intencionalmente, entiendo que podría quedar como responsable ante el Departamento de Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregon.

Firma Requerida del Solicitante

Fecha

Nº de autorización _____

Date Received by Agency:

Esta solicitud será revisada por: _____

AGENCY CERTIFICATION – FOR OFFICE USE ONLY CIRCLE PROGRAM: LIHEAP OEAP LIHWA OTHER _____

DATE RECEIVED BY AGENCY: _____ INTAKE COMPLETED ON: _____

COMPLETED IN OPUS			
ADULT ID		COVID IMPACTED	
ACCOUNT STATUS		SIGNATURE EXCP.	
ENERGY TYPE		DOCUMENT EXCP.	

INTAKE WORKER SIGNATURE _____ DATE _____

AGENCY AUDITOR SIGNATURE _____ DATE _____

Energy Payment

Vendor #1: _____ Amount: \$ _____

Vendor #2: _____ Amount: \$ _____

Direct Pay Amount: \$ _____

Water Payment

Vendor #1: _____ Amount: \$ _____

Vendor #2: _____ Amount: \$ _____

Direct Pay Amount: \$ NO DIRECT PAYMENTS ALLOWED

Comments Entered In OPUS:

Human Services Division Use Only

AUTHORIZED

Authorizer Signature: _____ Date: _____

DENIED

The applicant named on the reverse has met the income eligibility requirements for the State of Oregon Low Income Energy Assistance Programs and is authorized to receive assistance in the amount listed above.