



REQUISITOS DE LA APLICACIÓN

519 E Madison St.
Brownsville, TX 78520
P: 956 - 435 - 0379
F: 956 - 278 - 3107

1822 W. Jefferson Ave.
Harlingen, TX 78550
P: 956 - 423 - 1100
F: 956 - 423 - 1084

CORREO ELECTRÓNICO: applications@cacost.org

COMPREHENSIVE ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (CEAP)

SIRVIENDO CONDADOS: Cameron & Willacy

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

NO USAR LAPIZ O CORRECTOR

PRUEBA DE CIUDADANÍA O RESIDENCIA LEGAL

(Debe proporcionar estatus de ciudadanía para todos los miembros del hogar)

- Acta de nacimiento y identificación con foto
- Pasaporte de los Estados Unidos
- Certificado de naturalización o ciudadanía (debe incluir un número de extranjero y/o un número de certificado escrito en ellos. Incluye foto)
- Tarjeta de residente permanente (debe estar actualizada con foto)
- Tarjeta de autorización de empleo

PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS BRUTOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ANTES DE LA FECHA DE LA SOLICITUD. (DEBE PROPORCIONAR INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

- Carta de adjudicación del Seguro Social (SS)
- Carta de adjudicación del Ingreso de seguridad suplementaria (SSI)
- Carta de concesión de beneficios para veteranos o discapacidad para veteranos
- Documento de jubilación o pensión
- Documento de seguro/Compensación Laboral/Pago de A anualidades
- Manutención de niños / Beneficios de desempleo / TANF
- Talon de pago (semanales de 4-5 cheques, quincena 2-3, o 1 cheque mensual)

Si está desempleado y no recibe ningún ingreso, trabaja por cuenta propia, paga en efectivo o recibe manutención familiar, deberá completar un formulario de Declaración de ingresos (DIS).

No se aceptarán declaraciones bancarias.

Proporcione una hoja de resumen de detalles de pago dentro de los 30 días de la fecha de solicitud.

SE NECESITA LA FACTURA DE LUZ, AGUA Y GAS MÁS RECIENTE

- Proporcionar una factura completa: la parte delantera y la parte posterior que muestra el número de medidor y la dirección de servicio

**Sin todos los documentos requeridos,
las solicitudes estarán incompletas y no serán aceptadas.**

Este programa es un programa federal se basa en los fondos disponibles, la asistencia puede no estar disponible cada año. Este no es un programa de derecho. Debe aplicar una vez al año para obtener ayuda. Si no se envía la documentación correcta, habrá un retraso en el procesamiento de su solicitud. El pago no pagado de una factura de servicios públicos puede resultar en una interrupción de los servicios. Será totalmente responsable de su factura antes, durante y después del proceso de solicitud. CACOST no pagará tarifas fallecidas, depósitos o cargos de reconexión. Se le notificará con un aviso en el correo para indicar que su solicitud es aprobada o negada.

Los cambios en su cuenta pueden afectar la asistencia futura. La asistencia se basa en la disponibilidad de financiamiento.

Si tiene alguna duda, puede contactarnos en los números de teléfono que se proporcionan en la parte superior de esta página.



**COMMUNITY
ACTION CORPORATION**
OF SOUTH TEXAS

Applicant Name/Nombre: _____

Address/ Direccion: _____

City, Zipcode/Ciudad, Código: _____

Phone/Telefono: _____

Non-Duplication Certification: I certify, I (or any household member) have not received funds from any Utility Assistance programs for the same purpose and the same time period that might produce duplication of benefits. Please note that receiving Utility Assistance from TDHCA is allowable. **Client's initials** _____

Note to client: This program is a federal funded program. It is based on available funds; assistance may not be available each year. This is not an entitlement program. You are required to apply once every fiscal year for assistance. If correct documentation is not submitted, there will be a delay in the processing of your application. Non-payment of utility bill may result in interruption of services. You will be fully responsible for your bill before, during and after the application process, CACOST will not pay any late fees, deposits or reconnection charges. You will be notified with a notice in the mail to indicate that your application is approved or denied. Any changes to your account may affect future assistance. **Client's initials** _____

Certificación de no duplicación: Certifico que yo, (o cualquier miembro del hogar) no he recibido fondos de ningún programa de Asistencia de Servicios Públicos para el mismo propósito y período de tiempo que pueda producir duplicación de beneficios. Tenga en cuenta que recibir asistencia de servicios públicos de TDHCA está permitido. **Iniciales del cliente** _____

Nota al cliente: Este programa es un programa federal se basa en los fondos disponibles, la asistencia puede no estar disponible cada año. Este no es un programa de derecho. Debe aplicar una vez al año para obtener ayuda. Si no se entrega la documentación correcta, habrá un retraso en el procesamiento de su solicitud. La factura no pagada de servicios públicos puede resultar en una interrupción de los servicios. Usted es responsable de su factura antes, durante y después del proceso de solicitud. CACOST no pagara tarifas retrasadas, depósitos o cargos de reconexión. Se le notificara con un aviso en el correo para indicar que su solicitud es aprobada o negada. **Iniciales del cliente** _____

↓ **OFFICE USE ONLY** ↓

| | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| DATE RECEIVED: _____ | <input type="radio"/> SAVE | <input type="radio"/> GAS |
| LIGHT VENDOR: _____ | <input type="radio"/> PRIORITY | <input type="radio"/> NON-PRIORITY |
| WATER VENDOR: _____ | <input type="radio"/> HIGH BURDEN | |
| APPLICATION SOURCE: _____ | CW INTIALS: _____ | |

APLICACIÓN PARA SERVICIOS 2023 SOLICITUD UNIFICADA



| | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Identificación del cliente: | | Identificación del solicitante | |
| Dirección de casa | | Condado | |
| Ciudad, Estado y Código postal. | | Condado | |
| Dirección de correo (si es diferente) | | Código postal | |
| Ciudad, Estado, Código postal | | Condado | |
| Número de teléfono | | Número de teléfono | |

| | |
|---|--|
| Tipo de hogar <input type="checkbox"/> Persona soltera <input type="checkbox"/> Madre soltera / mujer <input type="checkbox"/> Familia de dos padres <input type="checkbox"/> Multigeneracional <input type="checkbox"/> Dos adultos sin hijos <input type="checkbox"/> Padre soltero / hombre <input type="checkbox"/> Adultos no relacionados con niños <input type="checkbox"/> Otro | |
| Demografía: enumere su información para cada miembro del hogar ingresando el número en los cuadros apropiados a continuación. | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Raza 1. Nativo americano indio o alaska 2. Asiático 3. Negro/afroamericano 4. Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico 5. Blanco 6. Otro 7. Multi-raza | | Situación Militar 1. Veterano 2. Militar Activo 3. Nunca sirvió en el ejército | |
| Etnicidad 1. Hispano o latino 2. No hispano o latino 3. Otro | | Nivel de Educación 4. Diploma de Equivalencia/GED 5. 12+ post secundario 6. Colegio/Universidad graduado 7. Graduado post secundario | |
| Estado de Trabajo | | | |
| 1. Seguro privado 2. Basado en empleo 3. Medicaid 4. Medicare 5. Seguro Militar 6. Programa de seguro de salud de niños estatales (CHIPs) 7. Seguro de salud estatal para adultos. 8. Sin seguro | | 5. Desempleados a largo plazo (más de 6 meses) 6. Desempleado (No en la fuerza laboral) 7. Retirado 8. Edad 18 y menor | |

| Por Favor Imprima Todos Los Miembros Del Hogar (S) | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|---------------------|------|------|-----------|--------|--------------------|----------------|-------------------|-------------------|------------------------|
| Nombre | # Seguridad Social | Fecha de nacimiento | Edad | Raza | Etnicidad | Género | Nivel de educación | Tipo De Seguro | Estado de trabajo | Situación Militar | ¿Discapacitado? SI/ No |
| x. Juan Martinez | 123 - 45 - 6789 | 11/11/2000 | 21 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | N |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |

APLICACIÓN PARA SERVICIOS 2023 SOLICITUD UNIFICADA



Otros ingresos / beneficios
¿Alguien en el hogar recibe alguno de los siguientes: **¡Marque todo lo que corresponda!**

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> NO INGRESO | <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> Supplemental (SSI) | <input type="checkbox"/> Ingresos por Discapacidad (SSDI) |
| <input type="checkbox"/> VA Pensión de Veteranos por discapacidad en servicio | <input type="checkbox"/> VA Pensión de Veteranos por discapacidad no en servicio | <input type="checkbox"/> Seguro privado de discapacidad | <input type="checkbox"/> Compensación laboral |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de Jubilación (SS) | <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o apoyo conyugal |
| <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo | <input type="checkbox"/> EITC | <input type="checkbox"/> OTRO: | |

Beneficios no en efectivo
¿Alguien en el hogar recibe alguno de los siguientes: **¡Marque todo lo que corresponda!**

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SNAP | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> LIHEAP | <input type="checkbox"/> Bono de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Vivienda pública | <input type="checkbox"/> Apoyo permanente de vivienda | <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo para veteranos | |
| <input type="checkbox"/> Bono de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Subsidio del acto de atención accesible | <input type="checkbox"/> OTRO: | |

INFORMACIÓN DE VIVIENDA

| | |
|---|--|
| Seleccione el estado de la vivienda: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Otra Vivienda Permanente | Tipo de Vivienda: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cuarto de renta <input type="checkbox"/> Trailla <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Apartamento |
|---|--|

Edad de la casa: _____ **Renta / hipoteca mensual: \$** _____

Si Renta: Información Propietario

Nombre del propietario, dirección, ciudad, estado y código postal. _____ **Condado** _____ **Número de teléfono** _____

INFORMACIÓN DE SERVICIO DE UTILIDAD MUY IMPORTANTE: ASEGÚRESE DE INCLUIR COPIAS DE SU FACTURA DE UTILIDAD ACTUAL

¿A quién le paga por calefacción/enfriamiento? Compañía de utilidad Propietario/Gerente Incluido con la renta

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--|
| Caliente | Frio | <input type="checkbox"/> Compañía de servicio eléctrico: _____ | Número de cuenta de utilidad eléctrica: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Compañía de servicio de gas: _____ | Número de cuenta de servicio de gas: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Compañía de servicio de gas butano:: _____ | Número de cuenta de servicio de gas butano: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otro nombre de proveedor de servicios públicos: _____ | Número de cuenta: _____ |

Tipo de aire acondicionado utilizado:

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unidad Central | <input type="checkbox"/> Evaporador | <input type="checkbox"/> Unidad de ventana | <input type="checkbox"/> Ninguno |
|---|-------------------------------------|--|----------------------------------|

Tipo de calentadores utilizados:

| | | | |
|---|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unidad Central | <input type="checkbox"/> Calentador eléctrico | <input type="checkbox"/> Estufa de leña | <input type="checkbox"/> Estufa |
| <input type="checkbox"/> Horno de pared | <input type="checkbox"/> Chimenea | <input type="checkbox"/> Calentador de gas | <input type="checkbox"/> Otro |
| | | | <input type="checkbox"/> Ninguno |

CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. La información esta correcta en lo mejor de mi conocimiento y creencia.
2. Los ingresos de mi familia han sido anualizados en el momento de la solicitud, según procedimiento establecido de la agencia.
3. Tengo entendido que puedo solicitar una audiencia de apelación de negación de elegibilidad y la cantidad de la asistencia recibida o un retraso de la asistencia.
4. Autorizo al Departamento de Viviendas y Asuntos Comunitarios de Texas que es contratado para solicitar/verificar la información sobre mi utilidad y/o facturas de combustible, tanto en el pasado y futuro, en la medida en que la información solo se utilizara para proporcionar datos.
5. **ESTOY CONSIENTE QUE ESTOY SUJETO A PROCESAMIENTO POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO.**

Certificación - (El cliente debe firmar esta sección)

Firma del cliente: _____

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) |
| Name (Nombre) | Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) |
| Name (Nombre) | Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) |
| Name (Nombre) | Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) |

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 proveída 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 proveído información falsa ó fraudulenta.)*

(Applicant Signature/Firma del Solicitante)

(Date/Fecha)

State of Texas

County of _____

Sworn to and subscribed before me on the _____ day of _____ (month), _____ (year),
by _____ (name of applicant).

(Personalized Notary Seal)

Notary Public's Signature

(Date/Fecha)

Subrecipient Representative Signature
and Title: Client Service Specialist

(Date/Fecha)

Liberación de facturación / Consumo de clientes 2022

Nombre en la factura

| | | |
|---------------------------------|---------------|--------|
| Apellido | Primer nombre | Sufijo |
| Dirección de casa | | |
| Ciudad, Estado Y Código Postal. | | |

Número de teléfono _____
 Número de teléfono

 Número de teléfono alternativo

Compañia de servicio eléctrico: _____

Número de cuenta: _____

Compañia de servicio de gas: _____

Número de cuenta: _____

Compañia de servicio de gas butano: _____

Número de cuenta: _____

Otra compañía: _____

Número de cuenta: _____

AUTORIZO AL DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE LA VIVIENDA Y DE LA COMUNIDAD DE TEXAS Y SU AGENCIA CONTRATADA PARA SOLICITAR / VERIFICAR LA INFORMACIÓN SOBRE MIS HISTORIAS DE FACTURACIÓN Y CONSUMO DE ENERGÍA, TANTO EL PASADO COMO EL FUTURO, EN LA MEDIDA EN QUE LA INFORMACIÓN SE USA SOLO PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA Y PROPORCIONAR DATOS.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Evaluación de necesidades de administración de casos

Nombre del cliente: _____

| Sí | No | ¿Hay alguna necesidad? | |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Necesita ayuda para pagar su factura de electricidad? | Por favor explique si necesita la ayuda |
| | | ¿Tienes un aviso de desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Necesita ayuda para pagar su factura de agua? | |
| | | ¿Tienes un aviso de desconexión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Necesita ayuda de climatización en su hogar? | |
| | | ¿Ha sido su casa alguna vez climatizada por CACOST? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está sin hogar o en riesgo de perder su hogar? | |
| | | ¿Es relacionado con Covid-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Necesita ser referido a recursos adicionales? <i>(Alimentos, Ropa, Refugio, Vivienda, SSDI, TANF, SS, SSI, VA, Manutención para niños, SNAP, Transporte, Cuidado de niños, etc.)</i> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Necesita ayuda para obtener servicios de salud? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Necesita asistencia para niños menores de 5 años de edad? Sí no, ¿está recibiendo asistencia con el programa CACOST Head Start 0-5? <input type="checkbox"/> Sí sirve a Aransas, Brooks, Duval, Jim Hogg, Jim Wells, Kleberg y San Patricio Condores <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Actualmente está buscando empleo y/o necesita ayuda en la formación profesional? | |

Autorizo que mi información se comparte con otros programas de CACOST para que puedan contactarme para los recursos adicionales. Acepto recibir mensajes de texto y/o mensajes de voz sobre programas adicionales ofrecidos por CACOST.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Representante de CACOST: _____

Fecha: _____

Información importante para exmiembros de las Fuerzas Armadas. Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluido la Fuerza Aérea, el Ejército, la Armada, la Infantería de Marina, la Guardia Costera, las Reservas o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov/>

CONSEJOS DE ADMINISTRACIÓN DE DINERO Y ENERGIA

- 01 Compra solo las cosas que realmente necesitas. Antes de ir de compras, haga una lista de sus necesidades y se adhiere a ella.
- 02 Ahorre el dinero para comprar lo que necesita. Evite sacar un préstamo o usar una tarjeta de crédito.
- 03 Ahorre dinero para las cosas que necesite, evite pedir prestamos.
- 04 Busque ventas y ofertas de temporada. Compare precios.
- 05 Inspeccione cuidadosamente todo lo que compre, asegúrese de que el artículo valga la pena. Mantenga sus recibos.
- 06 Comprar no alquilar muebles. (Busque muebles usados de buena calidad, los anuncios clasificados y las ventas de patio son excelentes lugares para encontrar artículos de uso suave a precios bajos.
- 07 Use cupones y compre marcas de tienda en el supermercado y la farmacia. (Compare los precios para ver qué diferencia esto puede hacer).
- 08 Piscina de coche cuando sea posible. Esto ayudará a ahorrar en gas.
- 09 Comparta el cuidado de niños con los vecinos, amigos y familiares.
- 10 Ir a películas de dólares o alquilar videos.
- 11 Haz la mayor cantidad de trabajo de reparación como sea posible.
- 12 Compra grandes cantidades de cosas que usas mucho.
- 13 Comer en casa. Haz tus comidas desde cero.
- 14 Compre solo electrodomésticos de eficiencia energética.
- 15 Comprar alimentos en supermercados o almacenes con una lista de compras basada en los menús; Evite las tiendas de conveniencia costosas. Base su menú en anuncios de comestibles para aprovechar los artículos de venta.
- 16 Lleva tu almuerzo para trabajar.
- 17 Cuando vaya de compras, pague solo en efectivo. No use tarjeta de crédito.

PROBLEMAS DE SEGURIDAD

- 01 Mantenga los tapones en los plogues eléctricos para la seguridad de los niños.
- 02 Sepa dónde está la caja de fusibles y cómo reemplazar los fusibles quemados. Mantener repuestos en la mano. Si tiene una caja de interruptores, aprenda cómo restablecer el interruptor si se tropieza
- 03 Use la Iluminación de afuera para el exterior de su hogar. No es solo un problema de seguridad para caminar por la noche, sino también ayuda a quitar las intenciones para robo.
- 04 Enciende adecuadamente tus escaleras y pasillos. Las luces nocturnas son invaluable.
- 05 Elimine el uso de demasiadas extensiones cordones. Son fáciles de acabarse y podrían ser un peligro de seguridad en términos de sobrecargar un zócalo. Un poco de cambio de su casa podría ser necesario.

REFRIGERACIÓN CALEFACCIÓN

- 06 Servicio El aire acondicionado, bomba de calor y horno cada año. Mantener el acondicionador de aire o la bomba de calor atendida resultará en costos operativos más bajos. El horno de gas debe ser revisado regularmente por razones de seguridad.
- 07 Si tiene 2-3 unidades de ventana, considere instalar un sistema central. Puede ahorrar dinero operativo, así como ser más cómodo.
- 08 Si la unidad tiene más de 15 años, puede ser un costo ventajoso para que reemplace el sistema. Al reemplazar, investigue la bomba de calor, ya que esto puede guardar sus dólares de calefacción.
- 09 En el verano, trate de mantener su termostato a 76-78 grados; En el invierno mantenga a 70 grados.
- 10 Reemplace el filtro de aire al menos una vez al mes. Un buen recordatorio puede ser cambiarlo cada vez que reciba su factura eléctrica.

COCINA

- 11 Use las bandejas de tamaño correctamente en los distintos quemadores del tamaño de su estufa. Una sartén pequeña en un quemador grande agrega calor a la habitación. Además, cocine con tapas en las bandejas para eliminar la adición de calor a la cocina.
- 12 Coloque el refrigerador en una parte fresca de la habitación, no donde el sol o el calor pueden afectar directamente el tiempo de funcionamiento.
- 13 Usa el lavaplatos sólo con cargas completas.

CALENTADOR DE AGUA

- 14 Ajuste su termostato de calentador de agua en 120 grados. Se necesita menos energía para calentar a 120 de lo que hace a 140 grados.
- 15 Al menos una vez al año drenando agua desde la parte inferior de su calentador de agua. Los sedimentos se acumularán en la parte inferior, lo que requirió un uso de energía adicional.
- 16 Use agua fría o caliente para la lavandería; Trate de eliminar el lavado de agua caliente, excepto la ropa extremadamente sucia.
- 17 Una fuga de agua de 1 gota por segundo puede perder 200 galones por mes. Si es una fuga de agua caliente, también está desperdiciando el uso de energía en el calentador de agua.

AISLAMIENTO

- 18 Añadir al aislamiento en tu ático. Quieres 10-12 "Si su casa tiene una construcción de muelles y asegúrese de que el aislamiento debajo de la casa todavía esté en buenas condiciones, si tiene un BATT R-19 instalado.
- 19 Selle alrededor de las puertas y ventanas, si es necesario. Si se puede ver la luz del día debajo o alrededor de la puerta, el dinero de la energía se está desperdiciando aquí.
- 20 Compruebe el ático para asegurarse de que esté bien ventilado para permitir un escape de aire caliente.

DIVERSO

- 21 Secador de tela de ventilación al exterior.
- 22 Limpie el filtro de pelusa regularmente, idealmente con cada carga, de manera realista al menos una vez a la semana.
- 23 Mantenga la luz solar directa en el verano de tonos o persianas y durante el invierno manténgalas para protegerse del frío severo, de la sombra abierta a la luz del sol durante el día para el efecto de calentamiento del sol.
- 24 Trate de usar focosflouresentes. Duran 10 veces mas y usan menos electricidad al igual que agregan menos aire caliente al espacio de su aire condicionado en su casa.

25 Plan de pago:

- AMP - Plan de pago mensual promedio: cada mes usted paga aproximadamente la misma cantidad, ya que se le está facturando por el consumo promedio.
- Retirement Plus: retrasa la fecha de vencimiento de su factura hasta después de que se reciba la verificación de la Seguridad Social.

La Corporación de Acción Comunitaria de South Texas ha proporcionado estas sugerencias de administración de dinero, y las he leído y entendí completamente.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____



BPUB Utility Assistance Program Application

Select a program below. Programs details at <https://www.brownsville-pub.com>



I am applying concerning the following qualification(s): Unemployed Underemployed Low Income Other
 Have you been assisted by a BPUB Program in the last 12 months? Yes No If yes, select one SHARE ELIAP

Customer Information

Account No. _____

Full name (Last, First, Middle) _____ ID # _____

Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____ Age _____ SSN* _____ Disabled (Check if Yes)

* Not a requirement to qualify

Service Address _____ Street _____ Unit _____ City _____ State _____ Zip Code _____

E-mail _____ Home Phone _____ Mobile # _____

List of Additional Household Members

| Name | SSN | Date of birth | Relationship |
|---------|-------|---------------|--------------|
| 1 _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2 _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3 _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4 _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5 _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6 _____ | _____ | _____ | _____ |

Total Number in Household : _____ Use additional sheets if there are more than 6 members in the household

Income and Benefits (Check all that apply. Proof of income, unemployment or reduced hours is required)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No Income | <input type="checkbox"/> Pension | <input type="checkbox"/> Food Stamps | <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Employed* | <input type="checkbox"/> VA Benefits | <input type="checkbox"/> General Assistance | <input type="checkbox"/> Private Health Insurance |
| <input type="checkbox"/> Unemployment Benefits | <input type="checkbox"/> Social Security | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) | |
| <input type="checkbox"/> Other Source of Income | <input type="checkbox"/> Child Support | <input type="checkbox"/> Temp. Assistance for Needy Families (TANF) | |

*If Employed, provide Employer's Name _____ Work Phone _____

Certification

My signature on this application gives my permission to BPUB or its authorized agents to verify any information I give about where I live, my jobs, income, resources, review utility services consumption, cost and billing information for program evaluation, operation, and/or reporting purposes. My signature also confirms my understanding that any Social Security number(s) given may be used in the administration of this program, including verification for cross matches with BPUB accounts, and that I may qualify but not be assisted because program funding has depleted or the program has been cancelled.

I certify that, subject to penalties provided by law, the information I gave is true, correct and complete to the best of my knowledge.

Signature of Applicant Date

Signature of Case Worker Date