New Jersey SHARES

4 Walter E. Foran Boulevard, Suite 105
Flemington, NJ 08822
T: 866-657-4273
F: 609-883-6364
E: info@njshares.org

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Primer nombre **Apellido** **Correo electrónico**

Fecha de nacimiento

INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE CORREO

Dirección **Apartamento / Unidad # / Piso (si aplica)**

Ciudad **Estado** **Código postal** **condado**

INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO

☐ **Marque aquí si la dirección del servicio es la misma que la dirección postal anterior. Si son iguales, no llene los espacios en blanco a continuación.**

Dirección **Apartamento / Unidad # / Piso (si aplica)**

Ciudad **Estado** **Código postal** **condado**

DEMOGRAFÍA
INFORMACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

¿Es el solicitante el jefe de familia? (Esta es la persona responsable de las facturas del hogar) ☐ Sí ☐ No

Estado civil del jefe de familia ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) / Divorciado(a) ☐ Viuda / Viudo

Edad del jefe de hogar ☐ 18-49 ☐ 50-59 ☐ 60+

¿Es el jefe de familia un veterano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Género del jefe de hogar ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐ Negarse a contestar

Raza del jefe de hogar ☐ Nativo de Alaska ☐ Indio americano ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Raza mixta ☐ Nativo hawaiano ☐ Otro isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Negarse a contestar

Jefe de hogar origen étnico ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino ☐ Otro ☐ Negarse a contestar

Jefe de hogar otras características ☐ Ninguno ☐ Padre/Madre soltero(a) ☐ Abuelo con niño ☐ Viudo / viudo Otro _____

New Jersey SHARES

4 Walter E. Foran Boulevard, Suite 105
Flemington, NJ 08822
T: 866-657-4273
F: 609-883-6364
E: info@njshares.org

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

DEMOGRAFÍA
INFORMACIÓN DEL APLICANTE (Complete solo si el solicitante no es jefe de familia)

Estado civil del solicitante ☐ Casado(a) ☐ Single ☐ Separado(a) /Divorciado(a)

Edad del solicitante ☐ 18-49 ☐ 50-59 ☐ 60+

¿Es el solicitante un veterano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Viuda / Viudo Genero del solicitante ☐ **Masculino** ☐ **Femenino** ☐ **Otro** ☐ **Negarse a contestar Raza del solicitante**

☐ Nativo de Alaska Indio americano ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Raza mixta ☐ Nativo hawaiano

☐ Otro isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Negarse a contestar

Etnia del solicitante ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino ☐ Otro ☐ Negarse a contestar

Solicitante otras características ☐ Ninguno ☐ Padre/Madre soltero(a) ☐ Abuelo con niño ☐ Viuda / Viudo

☐ Otro _____

INFORMACION DE RESIDENCIA

☐ Solicitante de 65+ ☐ El solicitante recibe SSD ☐ Alquilar ☐ Dueño

¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual? _____

¿Cómo se calienta la residencia? Gas ☐ **Eléctrico** ☐ **Petróleo** ☐ **Propano** ☐ **Otro Número de personas que viven en el hogar (por edad)**

0-6 Años _____ 7-17 Años _____ 18-49 Años _____ 50-59 Años _____ 60+ Años _____

INFORMACION DE INGRESOS

Total de adultos (18+ años) en el hogar ____ **¿Cuántos adultos tienen ingresos en el hogar?** _____

Número de adultos que no tienen ingresos ___ **Ingreso mensual bruto de todo el hogar** _____

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #1)

☐ Semanal – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____ Cantidad 3: $_____ Cantidad 4: $_____

☐ Cada dos semanas – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____ Cantidad 3: $ _____

☐ Dos veces al mes – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____

☐ Mensual – Cantidad 1: $_____

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #2, si necesario)

☐ Semanal – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____ Cantidad 3: $_____ Cantidad 4: $_____

☐ Cada dos semanas – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____ Cantidad 3: $ _____

☐ Dos veces al mes – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____

☐ Mensual – Cantidad 1: $_____

New Jersey SHARES

4 Walter E. Foran Boulevard, Suite 105
Flemington, NJ 08822
T: 866-657-4273
F: 609-883-6364
E: info@njshares.org

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Si los miembros adicionales del hogar tienen ingresos, utilice la última página de la solicitud.

INFORMACIÓN VARIADA

Número de teléfono _____ ☐ Teléfono móvil ☐Casa

Número de teléfono _____ ☐ Teléfono móvil ☐Casa

¿Por qué necesita ayuda? ☐ Salud médica ☐ Desempleados ☐ Horas reducidas / Cambio de empleo

☐ Otro _____

Lenguaje primario (si no es inglés) _____

¿Cómo se enteró de NJ SHARES? ☐ Remisión de la empresa de servicios públicos ☐ Organización de la comunidad ☐ Amigo

☐ Funcionario electo ☐ NJS Outreach ☐ Otro _____

INFORMACION DE UTILIDAD

¿Qué tipo de asistencia solicita? Seleccione todas las que correspondan

ENERGÍA	AGUA
☐ atlantic city electric AN EXELON COMPANY ☐ ELIZABETHTOWN GAS ☐ Jersey Central Power & Light A FirstEnergy Company ☐ New Jersey Natural Gas ☐ PSE&G Eléctrico ☐ PSE&G Gas ☐ Orange & Rockland ☐ SOUTH JERSEY GAS	☐ AQUA ☐ NEW JERSEY AMERICAN WATER ☐ VEOLIA

Número de cuenta de servicios públicos	**Número de cuenta de servicios públicos**	**Número de cuenta de servicios públicos**
Saldo de la factura de servicios públicos	**Saldo de la factura de servicios públicos**	**Saldo de la factura de servicios públicos**
Fecha del último pago y monto pagado	**Fecha del último pago y monto pagado**	**Fecha del último pago y monto pagado**
Fecha de cierre (si corresponde)	**Fecha de cierre (si corresponde)**	**Fecha de cierre (si corresponde)**

Si Atlantic City Electric fue seleccionada, por favor responda las siguientes preguntas:

1. ¿Ha tenido una evaluación por parte de Atlantic City Electric o Contract Callers, Inc. (CCI) para reemplazar su medidor?
   ☐ Sí ☐ No (Puede comunicarse con CCI al 866-370-2545 para programar una evaluación, si no se ha realizado una.)
2. En caso afirmativo, ¿tiene un código de invitación? ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, ingrese el código aquí: _____

4 Walter E. Foran Boulevard, Suite 105
Flemington, NJ 08822
T: 866-657-4273
F: 609-883-6364
E: info@njshares.org

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN / DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN / DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD
Al firmar, reconozco que soy el cliente registrado en mi (s) cuenta (s) de servicios públicos que figuran en esta solicitud. Por la presente autorizo a mi (s) proveedor (es) de servicios públicos a divulgar la información de mi cuenta de cliente, incluido el historial de uso y pago, a NJ SHARES con el fin de procesar mi solicitud de NJ SHARES y monitorear el progreso de mi (s) cuenta (s) de servicios públicos. Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la subvención de NJ SHARES se acredite en mi (s) cuenta (s). Afirmo que la información sobre el hogar y los ingresos proporcionada en esta solicitud es precisa y certifico que la información proporcionada es correcta.

Firma del solicitante ***Fecha***

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA		
Fecha	**Nombre del agente / representante**	**Nombre y ubicación de la agencia**

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #3, si necesario)

☐ Semanal – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____ Cantidad 3: $_____ Cantidad 4: $_____

☐ Cada dos semanas – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____ Cantidad 3: $ _____

☐ Dos veces al mes – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____

☐ Mensual – Cantidad 1: $_____

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #4, si necesario)

☐ Semanal – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____ Cantidad 3: $_____ Cantidad 4: $_____

☐ Cada dos semanas – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____ Cantidad 3: $ _____

☐ Dos veces al mes – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____

☐ Mensual – Cantidad 1: $_____

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #5, si necesario)

☐ Semanal – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____ Cantidad 3: $_____ Cantidad 4: $_____

☐ Cada dos semanas – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____ Cantidad 3: $ _____

☐ Dos veces al mes – Cantidad 1: $_____ Cantidad 2: $_____

☐ Mensual – Cantidad 1: $_____