

## 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
--------	--------	---------------	---------

### DEMOGRAFIA 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 / viuda  Otro \_\_\_\_\_

**DEMOGRAFÍA**

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

- Estado civil del solicitante**  Casado(a)  Soltero(a)  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  Abuelo con niño  Viuda / Viudo soltero(a)
- Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE RESIDENCIA**

- Solicitante de 65+  El solicitante recibe SSD  Alquilar  Dueño
- ¿Alguien en el hogar ha solicitado el desempleo o la incapacidad temporal?**  Sí  No
- ¿Alguien en el hogar tiene una afección médica y depende de equipos médicos eléctricos?**  Sí  No
- ¿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 \_\_\_\_\_

**ASISTENCIA RECIBIDA**

- ¿Alguien en el hogar ha recibido asistencia durante el año en curso?**  Sí  No
- En caso afirmativo, seleccione toda la asistencia recibida de los programas que se enumeran a continuación y omita la sección Información de ingresos.**
- Affordable Connectivity Program (ACP)  AQUA Aid Program
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)  Lifeline Communications Program
- Lifeline Utility Assistance Program  NJ American Water H2O Program  NJ FamilyCare/Medicaid
- NJ SHARES Energy Assistance Grant  NJ SMART Program  NJ SHARES SMART Utility Assistance Program
- Supplemental Security Income (SSI)  Universal Service Fund (USF)  Veterans Pension
- Veterans Survivors Pension  WorkFirst NJ - Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

**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** \_\_\_\_ **(Complete el formulario en la última página para adultos sin ingresos).**

**Origen de ingresos**  Empleo  Pensión  Seguro Social con Medicare  Seguro Social sin Medicare  
 Deshabilitate  Desempleo  Manutención de los hijos  Ingresos por alquiler  Otro \_\_\_\_\_

**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: \$ \_\_\_\_\_

**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 adicional** \_\_\_\_\_  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							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Servicio Municipal de Agua					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Servicio de alcantarillado municipal					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
Número de cuenta de servicios públicos			Número de cuenta de servicios públicos			Número de cuenta de servicios públicos			Número de cuenta de servicios públicos		
Balance de servicios públicos			Balance de servicios públicos			Balance de servicios públicos			Balance de servicios públicos		
Fecha y monto del último pago			Fecha y monto del último pago			Fecha y monto del último pago			Fecha y monto del último pago		
Fecha de cierre (si corresponde)			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:**

- ¿Ha tenido una evaluación por parte de Atlantic City Electric para reemplazar su medidor?  Sí  No
- En caso afirmativo, ¿tiene un código de invitación?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ingrese el código aquí: \_\_\_\_\_

**LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD NO GARANTIZA LA ASISTENCIA. INCLUSO SI SE PROPORCIONA ASISTENCIA, ES MUY IMPORTANTE QUE SIGA HACIENDO PAGOS.**

**VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN/DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD**

La información personal que proporciona al solicitar un programa de asistencia con NJ SHARES se utiliza para facilitar una solicitud de asistencia. El envío de su información indica que ha leído y acepta lo siguiente:

Al firmar, certifico que la información proporcionada y adjunta a esta solicitud es verdadera, completa y correcta. Soy consciente y entiendo que si cualquier información contenida o adjunta a esta solicitud es deliberadamente falsa, estoy sujeto a enjuiciamiento penal. Entiendo que debo proporcionar la documentación requerida y cualquier documentación adicional solicitada dentro de los 10 días hábiles para continuar con el proceso de solicitud. Por la presente, autorizo a mi(s) proveedor(es) de servicios públicos a divulgar la información de mi cuenta de cliente, incluido el uso, el historial de pagos y la participación en otros programas de subvenciones de servicios públicos 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. Entiendo que la información de esta solicitud puede compartirse para garantizar el acceso a todos los programas de asistencia para los que puedo ser elegible.

Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la subvención de NJ SHARES se acredite en mi(s) cuenta(s).

--	--

**Firma del solicitante**

**Fecha**

**SOLO PARA USO DE LA AGENCIA**

<b>Fecha</b>	<b>Nombre del agente / representante</b>	<b>Nombre y ubicación de la agencia</b>

**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: \$\_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que esta solicitud es para asistencia del gobierno, que está sujeta a auditoría, y se me puede pedir que proporcione documentación para respaldar la información contenida en mi solicitud. Doy mi consentimiento y autorizo a NJ SHARES, al Condado de Monmouth, incluidos sus intermediarios, y a cualquier Auditor, a realizar todas y cada una de las consultas necesarias para verificar la información proporcionada en mi solicitud. Por la presente estoy de acuerdo y certifico las declaraciones anteriores, y declaro bajo pena y perjurio que todo lo contenido en esta solicitud es verdadero y correcto.

---

Firma

---

Fecha

Certifico que ningún miembro de mi hogar, incluyéndome a mí, ha recibido ninguna otra asistencia del gobierno para los costos de servicios públicos que se reclaman en mi solicitud.

---

Firma

---

Fecha

---

Nombre de impresión

## Afirmación de Cero Ingresos

Esta página debe ser completada y firmada por el solicitante cuando haya miembros adultos del hogar sin ingresos.

Afirmo que los siguientes miembros adultos del hogar tienen cero ingresos y no contribuyen a los gastos de mi hogar:

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_