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

# New Jersey American Water Recertificación de LIPP

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

**Nombre** **Apellido** **Correo electrónico**

**Fecha de nacimiento**

## INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN POSTAL

**Street Address** **Apartment/Unit #/Floor (if applicable)**

**City** **State** **Zip Code** **County**

## INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIO

☐ **Verifique aquí si la dirección de servicio es la misma que la dirección postal anterior. Si es el mismo, no llene a continuación.**

**Dirección de la calle** **Apartamento/Unidad #/Piso (si corresponde)**

**Ciudad** **Estado** **Código postal** **Condado**

## DEMOGRAFÍA
## INFORMACIÓN SOBRE EL JEFE DE FAMILIA

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

**Estado civil de cabeza de familia** ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Separados/Divorciados ☐ Viudo/a

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

**¿Es el jefe de familia un veterano de los EE. UU.?** ☐ Sí ☐ No

**Género del jefe de familia** ☐ Masculino ☐ Hembra ☐ Otro ☐ Negarse a responder

**Raza de cabeza de familia** ☐ Nativo de Alaska ☐ Amerindio ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Raza mixta ☐ Nativo de Hawái ☐ Otros isleños del Pacífico ☐ Blanco ☐ Negarse a responder

**Etnia del jefe de familia** ☐ Hispano o latino ☐ Ni hispanos ni latinos ☐ Otro ☐ Negarse a responder

**Otras características del jefe de hogar** ☐ Ninguno ☐ Padres solteros ☐ Abuelo con hijo ☐ Viudo/a ☐ Otro _____

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

# New Jersey American Water Recertificación de LIPP

## DEMOGRAFÍA
## APPLICANT INFORMATION (Fill out only if Applicant is not Head of Household)

**Estado civil del solicitante** ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Separados/Divorciados ☐ Viudo/a

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

**¿Es el solicitante un veterano de los EE. UU.?** ☐ Sí ☐ No

**Género del solicitante** ☐ Masculino ☐ Hembra ☐ Otro ☐ Negarse a responder

**Raza del solicitante** ☐ Nativo de Alaska ☐ Amerindio ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano

☐ Raza mixta ☐ Nativo de Hawái ☐ Otros isleños del Pacífico ☐ Blanco ☐ Negarse a responder

**Origen étnico del solicitante** ☐ Hispano o latino ☐ Ni hispanos ni latinos ☐ Otro ☐ Negarse a responder

**Otras características del solicitante** ☐ Ninguno ☐ Padres solteros ☐ Abuelo con hijo ☐ Viudo/a

☐ Otro _____

☐ Edad del solicitante 65+ ☐ El solicitante recibe SSD ☐ Alquilar ☐ Poseer

**¿Cuánto tiempo llevas viviendo en tu residencia actual?** _____

**¿Cómo se calienta la residencia?** ☐ Gas ☐ Eléctrico ☐ Aceite ☐ 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 _____

## INFORMACIÓN 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 para todo el hogar** _____

**Fuente de ingresos** ☐ Empleo ☐ Pensión ☐ Seguro Social con Medicare ☐ Seguro Social sin Medicare

☐ Disability ☐ Desempleo ☐ Manutención de los hijos ☐ Ingresos por alquiler ☐ Otro _____

**Ingresos de cada miembro adulto del hogar (Adulto #1)**

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

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

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

☐ Mensual – Cantidad 1: $_____

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

## New Jersey American Water Recertificación de LIPP

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

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

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

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

☐ Mensual – Cantidad 1: $_____

**Si otros miembros del hogar tienen ingresos, utilice la última página de la solicitud.**

### INFORMACIÓN MISCELÁNEA

**Número de teléfono** _____ ☐ Móvil ☐ Hogar **Número de teléfono** _____ ☐ Móvil ☐ Hogar

**¿Por qué necesitas ayuda?** ☐ Médico/Salud ☐ Desempleado ☐ Reducción de horas/Cambio de empleo

☐ Otro _____

**¿Cómo te enteraste de NJ SHARES?** ☐ Referencia de la compañía de servicios públicos ☐ Organización Comunitaria ☐ Amigo

☐ Funcionario electo ☐ Alcance de NJS ☐ Otro _____

### INFORMACIÓN DE UTILIDADES

| | Número de cuenta de servicio público | Saldo de la factura de servicios públicos |
|---|---|---|
| NEW JERSEY AMERICAN WATER | | |

**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 VERIFICACIÓN DE LA 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 uso y el historial de pagos, 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 del hogar y los ingresos proporcionados 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** |

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

# New Jersey American Water Recertificación de LIPP

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

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

☐ Cada 2 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 es necesario)**

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

☐ Cada 2 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 es necesario)**

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

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

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

☐ Mensual – Cantidad 1: $_____