

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 _____

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: \$ _____

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 ☐ Alcance de NJS ☐ Otro _____ electo

INFORMACIÓN DE UTILIDADES

	Número de cuenta de servicio público	Saldo de la factura de servicios públicos
---	--------------------------------------	---

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

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: \$_____