

Veolia Water Aplicación para DE, NY y PA

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 _____

DEMOGRAFIA

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

¿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 la lista de programas.

Bureau of Indian Affairs General Federal Lifeline Program Federal Public Housing Assistance

Food Distribution Program on Indian Reservation | Home Energy Assistance Program (HEAP) Medicaid

Safety Net Assistance Supplemental Security Income (SSI)

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Tribal Head Start

Tribal Temporary Assistance to Needy Families Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

Veteran’s Pension Veteran’s Survivor’s Pension Utility affordability program

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



Nombre del titular de la cuenta de servicios públicos y número de cuenta de servicios públicos

Balance de servicios públicos

Fecha y monto del último pago

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

Fecha	Nombre del agente / representante	Nombre y ubicación de la agencia