

New Jersey American Water
Recertificación de Universal Affordability Discount Program

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 Universal Affordability Discount Program

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 Universal Affordability Discount Program

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
<p><i>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.</i></p>

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 Universal Affordability Discount Program****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: \$ _____