

## 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 \_\_\_\_\_

**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
- ¿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

Acepto recibir mensajes de texto SMS relacionados con mi solicitud u otra asistencia para la que pueda ser elegible.

¿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  NJS Outreach  Otro \_\_\_\_\_  
Electo

**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**

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



203 Main Street  
P.O. Box 396  
Flemington, NJ 08822  
T: 866-657-4273  
F: 609-883-6364  
E: [info@njshares.org](mailto:info@njshares.org)