

Programa de Subsidio de Energía para el Hogar Solicitud de Subsidio para Aire Acondicionado

Fecha Recibido: _____

Nº de Caso: _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer Nombre		Inicial del 2º Nombre	Apellido	Nº. de Seguro Social (cuatro últimos dígitos)
Dirección			Apto. Nº.	Ciudad
Estado	Código postal	Condado		Número de teléfono durante el día

¿Recibía el grupo familiar subsidios ininterrumpidos de Asistencia Temporal o SNAP al momento del subsidio regular? Sí No
 Si contestó que «Sí», ¿Todavía recibe el grupo familiar Asistencia Temporal o subsidios SNAP ininterrumpidos? Sí No
 (Si la respuesta es no, el solicitante debe llenar una nueva solicitud y someter la documentación completa)

¿Se ha mudado el solicitante desde que solicitó el subsidio regular? Sí No
 (Si la respuesta es sí, el solicitante debe llenar una nueva solicitud y someter la documentación completa)

¿Acaso el grupo familiar del solicitante está formado por un integrante cuyo estado médico empeora en condiciones de calor extremo? Si respondió «Sí», favor de suministrar una carta del médico, del asistente de médico o de la enfermera practicante, con fecha de anterioridad a los doce meses previos al mes de la solicitud, en la que conste el estado médico.

Sí NO

En caso afirmativo, escriba el nombre:

FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma:

Fecha:

FOR AGENCY USE ONLY / PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

<input type="checkbox"/> Pended	Start:	End:	
<input type="checkbox"/> Denied	Reason:		
<input type="checkbox"/> Approved	Date:	Vendor Name:	Vendor Number:
Worker Signature:	Date:	Supervisor's Initials:	Date:

Comments: