



División de Bienestar Social y Servicios de Apoyo **SOLICITUD DE AYUDA PARA ENERGÍA**



El **Programa de Ayuda para Energía (EAP)**, por sus siglas en inglés) fue diseñado para ayudar con los gastos de calefacción y electricidad a hogares elegibles en Nevada. **Sin embargo, NO es un programa de emergencia.**

*** REQUISITOS DE INGRESOS ***

El total de los ingresos brutos mensuales de todos los que viven en el hogar no puede exceder las cantidades indicadas en la siguiente tabla:

| INGRESOS TOTALES DE SU HOGAR NO PUEDEN EXCEDER | | | | | |
|---|------------------|--------------------|----------------------|------------------|--------------------|
| Personas en el hogar | Ingresos Anuales | Ingresos Mensuales | Personas en el hogar | Ingresos Anuales | Ingresos Mensuales |
| 1 | \$17,655 | \$1,471 | 5 | \$42,615 | \$3,551 |
| 2 | \$23,895 | \$1,991 | 6 | \$48,855 | \$4,071 |
| 3 | \$30,135 | \$2,511 | 7 | \$55,095 | \$4,591 |
| 4 | \$36,375 | \$3,031 | 8 | \$61,335 | \$5,111 |

(Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$6,240 al ingreso anual para cada persona adicional.)

Los hogares que cumplan con ciertos requisitos pero cuyos exceden los límites de ingresos brutos, pueden calificar para reducir sus ingresos con ciertos gastos permitidos.

*** BENEFICIOS ***

Los hogares elegibles reciben un beneficio una vez al año que se llama “crédito anual fijo” que se paga directamente a su compañía de servicios de energía. El beneficio aparece como un crédito en la cuenta.

PAGO MÍNIMO – El pago mínimo anual para los hogares elegibles es de \$180.

*** CUANDO PUEDE SOLICITAR AYUDA ***

- Si su familia no está inscrito en el programa, solicite **YA**.
- Si recibió un beneficio en los últimos 12 meses, se le enviará un aviso para informarle cuándo tendrá que solicitar de nuevo. Si entrega su solicitud antes de tiempo, su solicitud será rechazada.

*** ¿QUE TENGO QUE HACER? ***

Llene la solicitud de EAP y entregue los documentos pedidos en este formulario. Al otro lado de esta hoja, le damos algunas sugerencias sobre cómo comprobar sus ingresos. Si tiene alguna otra pregunta llame al:

| | |
|------------------|------------------|
| Reno/Carson City | (775) 684-0730 |
| Las Vegas | (702) 486-1404 |
| Sin cargo | 1-(800)-992-0900 |

Visite nuestra página de Internet: <http://dwss.nv.gov>
para más información sobre los requisitos del programa.

EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN QUE SE REQUIEREN PARA COMPROBAR INGRESOS

Todos los documentos que nos envíe con su solicitud pueden ser originales o fotocopias. Si no puede sacar copias de los originales y nos pide devolvérselos, nosotros sacaremos fotocopias de sus documentos y se los enviaremos después de tramitar su caso.

Ingresos del trabajo: Incluyen ingresos del trabajo, por cuenta propia (ver a continuación), servicios de cuidar niños, servicios de limpiar casas, y cualquier otro servicio para el cual le pagan. Deberá entregar copias de sus talones de pagos por lo menos de los últimos treinta (30) días. Si le pagan por semana, envíe 4 talones de pago. Si le pagan cada dos semanas o dos veces por mes, envíe 2 talones de pago. Si no tiene sus talones de pago, envíe una carta con membrete de su empleador que indique sus ingresos brutos de los últimos (30) días y con la frecuencia con que le pagan.

Ingresos por cuenta propia/Negocio sin fines de lucro: Póngase en contacto con la oficina del Programa de Ayuda para Energía para determinar lo que tiene que proporcionar. Pruebas aceptables pueden incluir: estados de ganancias y pérdidas firmadas por el solicitante detallando los ingresos brutos y gastos de los últimos 12 meses, copias de los pagos de impuestos sobre la venta mostrando ganancias netas, estados financieros certificados por auditoría o no, o una solicitud de préstamo mostrando los ingresos y gastos de los últimos 12 meses.

Ingresos no derivados del trabajo: Incluyen ingresos del Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos, pensiones, de discapacidad, de retiro militar, desempleo, manutención de los hijos, pensión alimenticia, ingresos de intereses, dividendos, pagos regulares de un seguro o anualidad. **Si recibe Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos, pensiones, ingresos de discapacidad, ingresos de retiro militar o desempleo:** entregue una copia del formulario de verificación del beneficio o carta emitida este año por la entidad que proporciona el ingreso con el monto del ingreso así como cualquier aumento debido al cambio de gastos de vida. **Si recibe manutención de los hijos o pensión alimenticia:** copia de la orden de divorcio/separación/acuerdo o una carta fechada de la persona que paga la manutención (incluyendo su nombre, dirección y número de teléfono) o copia del último cheque o estado de cuenta de la oficina que supervisa la manutención. **Si recibe intereses o dividendos:** estado bancario, certificados de depósito u otra documentación detallada firmada por la institución financiera o estado de cuenta trimestral del corredor de bolsa.

Contribuciones en efectivo y/o regalos recurrentes: Proporcione una carta firmada de la persona que le dé el dinero indicando el monto de ayuda, la frecuencia con que se le paga, cuando empezó esta ayuda o una carta firmada y fechada por el solicitante, incluyendo los nombres, direcciones y número de teléfonos de los donantes.

Ingresos estudiantiles: Incluye TODO tipo de becas educativas y subvenciones como la Pell, Beca Suplementaria de Oportunidad Educativa y beneficios de educación de la Administración de Veteranos. Proporcione una verificación escrita de la cantidad de la ayuda así como una confirmación de la institución educativa de lo que cuestan los últimos dos (2) semestres y clases de verano incluyendo la matrícula del estudiante, cuotas, libros y equipo. Si los beneficios se pagan directamente al estudiante podemos aceptar: copias de los últimos cheques de beneficios o copias de los cheques cancelados o recibos que indican cuanto fue pagado para la matrícula, cuotas, libros y equipos.

Ingresos por ayuda pública: Incluyen sin limitarse a TANF, asistencia general de condado o indígenas americanos, asistencia de indígenas americanos. Proporcione una carta de la agencia pública indicando lo que le pagaron durante el último mes, el periodo cubierto, los beneficiarios de la ayuda o copia de la carta que indique el monto de ayuda o de un cheque.

AVISO: NO aceptamos los formularios 1099 o W-2 como prueba de sus ingresos.

D. INFORMACIÓN SOBRE LAS COMPAÑÍAS DE SERVICIOS PÚBLICOS

| SERVICIO DE CALEFACCIÓN (Adjunte copia de la cuenta) | SERVICIO DE ELECTRICIDAD (Adjunte copia de la cuenta) |
|--|--|
| Fuente principal de calefacción: <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite Combustible <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Otro _____ | Marque la respuesta aplicable a su situación: <input type="checkbox"/> Recibe una cuenta de la compañía de servicios públicos <input type="checkbox"/> La electricidad está incluida en su alquiler/hipoteca <input type="checkbox"/> Paga una cuenta separada al dueño para los servicios de electricidad |
| Marque la respuesta aplicable a su situación: <input type="checkbox"/> Recibe una cuenta de la compañía de servicios públicos <input type="checkbox"/> La calefacción está incluida en su alquiler/hipoteca <input type="checkbox"/> Paga una cuenta separada al dueño para los servicios de calefacción | |
| (Nombre de la compañía de calefacción) | (Nombre de la compañía eléctrica) |
| (Número de cuenta de la calefacción) | (Número de cuenta la electricidad) |
| (Nombre en la cuenta) | (Nombre en la cuenta) |
| ¿La persona cuyo nombre aparece en la cuenta es el dueño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si la persona cuyo nombre aparece en la cuenta NO es el dueño y NO vive con usted, indique en una hoja separada la dirección, teléfono y relación de esta persona a usted. También incluya prueba de identidad de la persona cuyo nombre aparece en la cuenta, y una declaración de su parte que lo autorice a usted a solicitar beneficios en su nombre.) | ¿La persona cuyo nombre aparece en la cuenta es el dueño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si la persona cuyo nombre aparece en la cuenta NO es el dueño y NO vive con usted, indique en una hoja separada la dirección, teléfono y relación de esta persona a usted. También incluya prueba de identidad de la persona cuyo nombre aparece en la cuenta, y una declaración de su parte que lo autorice a usted a solicitar beneficios en su nombre.) |
| AYUDA CON PAGOS ATRASADOS (Una vez en la vida) | AYUDA CON PAGOS ATRASADOS (Una vez en la vida) |
| ¿Está atrasado con los pagos del servicio de calefacción y desea ayuda para pagar esa deuda? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Está atrasado con los pagos del servicio electricidad y desea ayuda para pagar esa deuda? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Si la compañía del servicio público es <i>Southwest Gas, Sierra Pacific Power o Nevada Power</i> tiene que darnos la factura más reciente de los servicios públicos. Para las demás compañías de servicios públicos, tiene que darnos comprobante de los últimos 12 meses de uso de energía en dólares y unidades térmicas, vatios y/o galones. Dicho comprobante tiene que indicar su domicilio actual. Puede darnos copias de todas las cuentas de los últimos 12 meses o un reporte de la compañía de energía. | |

E. ¿CÓMO DESEA QUE SE PAGUE EL BENEFICIO?

Elija como desea que le paguen su beneficio: (Marque SOLO Uno)

Dividir el beneficio entre el proveedor de calefacción y el de electricidad.
 Pague el beneficio total al proveedor de calefacción.
 Pague el beneficio total al proveedor de electricidad.

Si usted elige dividir el pago o un solo pago a un proveedor, y el beneficio excede su uso anual para ese proveedor, se le pagará el beneficio a ese proveedor para cubrir su uso anual y el beneficio restante será pagado al segundo proveedor. Si no elige ninguna de estas opciones su beneficio será dividido en partes iguales para ambos proveedores.

F. INGRESOS

1. INGRESOS DEL TRABAJO

¿Está trabajando algún miembro de su hogar, sin importar su edad? SÍ NO **Si sí, llene a continuación:** (Incluya ingresos de trabajos por cuenta propia, empresa, de cuidado de niños, limpiar casas, trabajos ocasionales y de organizaciones sin fines de lucro)

| NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA | EMPLEADOR | FECHA DE CONTRATACIÓN | TIPO DE TRABAJO | PAGO BRUTO CADA CHEQUE | FRECUENCIA DE PAGO | PROPINAS POR MES |
|----------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------|------------------------|--------------------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Anote todo los miembros de su hogar, que tengan 18 años de edad, que no trabajan ahora:

| NOMBRE DE LA PERSONA | EMPLEADOR ANTERIOR | ÚLTIMA FECHA QUE TRABAJÓ | PAGO BRUTO CADA CHEQUE | ESPERA REGRESAR AL TRABAJO? ¿ ESPERA RECIBIR SSI? Si sí, explique. |
|----------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Adjunte copias de todos los talones de cheque u otro comprobante de ingresos brutos correspondientes a los últimos treinta (30) días aunque esa persona ya no tenga empleo. EXCEPCIÓN: Para los ingresos de trabajos por cuenta propia tiene que entregar estados de ganancias y pérdidas de los últimos 12 meses. NO aceptamos los formularios 1099 o W-2 como prueba de ingresos.

2. INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO: Llene a continuación indicando quién, si corresponde, en su hogar recibe dinero o beneficios de las siguientes fuentes. Tiene que marcar SÍ o NO por cada tipo de ingresos que se reciba y adjuntar pruebas de todos los ingresos no derivados del trabajo. **NO aceptamos los formularios 1099 o W-2 como prueba de sus ingresos.**

| SÍ | NO | TIPO DE INGRESO | QUIEN LO RECIBE | CANTIDAD BRUTA | CON QUÉ FRECUENCIA |
|--------------------------|--------------------------|---|-----------------|----------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pensión alimenticia | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Huéspedes o Inquilinos (<i>Adjunte prueba de renta/alquiler notariada</i>) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manutención de los hijos | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Contribuciones/Regalos/Donativos de iglesia y/o de caridad | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ayuda educacional/Préstamos estudiantiles (<i>Adjunte prueba de matrícula, libros y suministros por los últimos DOS semestres</i>) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cupones para comida (SNAP) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidado de crianza | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ayuda del condado/Ayuda general | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intereses/Dividendos/Anualidades/Regalías | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Préstamos | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pagos de monto total (<i>Acuerdo legal, pagos atrasados</i>) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ingresos o asignación militares | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reclamos mineros | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Limosnas | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pensiones/Retiro | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rentas/Ventas de propiedad | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jubilación ferroviaria | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Habitación alquilada (<i>Adjunte prueba de renta/alquiler notariada</i>) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beneficios del Seguro Social (RSDI) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beneficios para huelguistas | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vivienda subsidiada | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ingresos del Seguro Suplementario (SSI) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arreglo de vivienda sostenida (SLA) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ayuda de TANF | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ayuda de Tribu/Ayuda general para indígenas (IGA) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ingresos de fideicomiso (<i>Adjunte prueba si no es accesible</i>) | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beneficios de desempleo | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Descuento o reembolso de servicios públicos | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beneficios de veteranos | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ganancias del juego | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Compensación del trabajador lastimado o Discapacidad temporal | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro | | | |

Cada miembro del hogar adulto que no tiene ingreso tiene que proporcionar una declaración firmada indicando que no tiene ingreso.

CÓMO SOLVENTA SUS GASTOS

- Si los gastos del hogar (renta, servicios públicos, comida, etc.) son mayores que los ingresos de su hogar, explique cómo solventa estos gastos.
- Si alguien le está ayudando a solventar sus gastos o le está dando dinero, tiene que proporcionar una declaración firmada por cada una de dichas personas, con su nombre, dirección, número de teléfono y monto de la ayuda que le ha dado en los últimos seis meses. Indique el nombre, dirección y número de teléfono de cada uno de estos individuos a continuación.

3. ¿Espera usted algún cambio en los ingresos o beneficios de su hogar? SÍ NO

Si sí, ¿Qué? _____ ¿Cuándo? _____

Los cambios en los ingresos antes de la certificación se usarán para determinar la elegibilidad.

G. RESPONSABILIDAD

La información que dé en esta solicitud puede ser verificada o investigada por funcionarios federales, estatales y locales. Si hace declaraciones falsas o engañosas, tergiversa, oculta, falta en reportar cambios, o retiene datos necesarios para calificar para o mantenerse su elegibilidad para ayuda para energía, sus beneficios podrán ser denegados, cancelados o reducidos. Usted será responsable por devolver todo el dinero, servicios y beneficios a los que no tenía derecho. Además, pueden descalificar su participación en el programa y acusarlo de un delito penal, o castigarlo de otra forma de acuerdo a la ley estatal y federal.

¿Lo han encontrado culpable de una violación intencional del programa (IPV)? SÍ NO ¿Si sí, en qué estado? _____

H. AUTORIZACIÓN

Al firmar la presente solicitud autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos a llevar a cabo cualquier investigación relativa a mí o a todos los miembros de mi hogar que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para los beneficios recibidos o a ser recibidos por programas administrados por la División de Bienestar y Servicios de Apoyo. Por la presente autorizo y doy consentimiento a la divulgación de toda información relativa a mí o a todos los miembros de mi hogar a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo, por parte del poseedor de dicha información, sin importar el medio de posesión, incluyendo, sin ninguna limitación, información sobre sueldos, información considerada como confidencial por ley o de otra forma considerada como privilegiada conforme a NRS 422A.320 o cualquier otra disposición legal o por otra forma. Autorizo al Programa de Ayuda para Energía a divulgar información relativa a mi hogar, incluyendo datos sobre el uso de energía, a la División de Viviendas del Estado de Nevada, Programa de Ayuda con la Climatización por posible elegibilidad de servicios de climatización de mi vivienda. Por la presente libero al poseedor de dicha información de toda responsabilidad, si la hubiere, que resulte de la divulgación de información requerida. **RECONOZCO QUE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN CONSTITUYE LEGALMENTE UNA COPIA ORIGINAL.**

Si tengo por lo menos 60 años de edad, doy consentimiento a la divulgación de mi identidad y renuncio a mis derechos, como persona mayor de edad, a que mi identidad se mantenga confidencial. Por la presente libero al poseedor de dicha información de toda responsabilidad, si la hubiere, que resulte de la divulgación de información requerida.

Doy consentimiento a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo o sus representantes para monitorear mi uso de energía, avisar a los proveedores de subvenciones de ayuda, y de la condición en el momento de la certificación. Doy consentimiento a que la División del Bienestar y Servicios de Apoyo use los números de Seguro Social (SSN) en indicadas esta solicitud para verificar los factores de elegibilidad para el programa de Ayuda para Energía, el cual puede incluir un intercambio de datos automatizado con la Administración de Seguro Social.

Estoy de acuerdo en notificar el Programa de Ayuda para Energía de cualquier cambio de mi hogar que pueda afectar mis beneficios. Entiendo que el no reportar cambios podría resultar en un sobre pago por el cual yo sería responsable de pagar y hasta podría ser procesado por una corte de la ley. Juro que he informado con honestidad mi ciudadanía así como la de las demás personas por quienes solicito.

Certifico bajo pena de perjurio que mis repuestas son veraces, correctas y completas según mi mejor saber y entender.

Nombre del solicitante en letra de molde: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre de otro adulto que vive en el hogar en letra de molde: _____

Firma de otro adulto que vive en el hogar: _____ Fecha: _____

Nombre de otro adulto que vive en el hogar en letra de molde: _____

Firma de otro adulto que vive en el hogar: _____ Fecha: _____

TESTIGO: (Use si el solicitante no sabe leer o escribir o es ciego.) Yo ayudé a llenar esta solicitud para ayuda con los gastos de energía. La información en esta solicitud se ha leído al solicitante y atestigüé su firma que antecede.

Nombre del testigo en letra de molde: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

División del Bienestar y Servicios de Apoyo
PROGRAMA DE AYUDA PARA ENERGÍA
AVISO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES

***** FAVOR DE LEER Y FIRMAR A CONTINUACIÓN*****

A. Usted tiene los siguientes DERECHOS:

1. Ningún programa administrado por la División de Bienestar Servicios de Apoyo discriminará en contra de una persona por ninguna razón, sea por raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad impedimento (incluyendo SIDA y condiciones relacionadas al SIDA), creencias políticas u origen nacional. Cuando el Programa de Ayuda para Energía (EAP) paga otra agencia, institución o persona para proporcionar servicios de EAP a un hogar, el vendedor no tiene permitido discriminar por ningún motivo. Las violaciones de discriminación deberán reportarse rápidamente a la oficina mas cercana del Energy Assistance Program, Division of Welfare and Supportive Services, Administrator, 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706-7924, (775) 684-0500, o a U.S. Office for Civil Rights (OCR), al Department of Health and Human Services, 50 United Nations Plaza, San Francisco, California 94102, (415) 437-8310, TDD (415) 437-8311 o llamando gratis a 1-800-368-1019.
2. Tiene derecho a una conferencia si cree que ha sido tratado injustamente o que se cometió un error relativo a su elegibilidad para ayuda. Para pedir una conferencia, escriba o llame al Programa de Ayuda para Energía.
3. Tiene derecho a una audiencia si no está conforme con la decisión de la agencia que afecta su ayuda si pide esa audiencia por escrito, dentro de noventa (90) días de la acción/decisión, a no ser que la única razón de la acción/decisión se trate de ajuste de beneficios automático requerido por la ley estatal o federal. Tiene derecho a una audiencia si su solicitud para beneficios es negada, reducida, o se haya tomado una acción errónea o no se haya tomado acción en un periodo de tiempo razonable.
4. Tiene derecho a que se le envíe un aviso de decisión por correo indicando si es elegible para beneficios del programa y el monto, a quien se le pagará, y la(s) fecha(s) aproximada una noticia en que se hará(n) el (los) pago(s); o un aviso informándole que no es elegible para beneficios del programa y porqué.
5. Al personal del programa se les requiere:
 - Informar solicitantes los requisitos de elegibilidad para el programa;
 - Avisarles qué documentos se requieren; y/o
 - Ayudar al solicitante, cuando sea necesaria.

B. Tiene las siguientes OBLIGACIONES:

1. Avisar al Programa de Ayuda para Energía **dentro de diez (10) días hábiles** de cualquiera de los siguientes. Si falta en avisarles su solicitud puede ser retrasada o rechazada.
 - Cualquier cambio en los ingresos de su hogar o el tamaño de su hogar (número de personas que viven en el hogar);
 - Si cambia de compañía de servicios públicos; o
 - Si se muda en cualquier momento después de entregar su solicitud.
2. Responder a cualquier pedido por información adicional necesaria para procesar su solicitud **dentro de diez (10) días hábiles**. Es responsabilidad suya asegurar que todos los documentos pedidos se envíen por correo o fax con tiempo suficiente para que llegue antes de la fecha límite. El Programa de Ayuda para Energía no es responsable por correo o faxes perdidos o dirigidos incorrectamente. (Asegúrese que su nombre y seguro social o UPI estén en cada documento/correspondencia.)
3. Cooperar con el Programa de Ayuda para Energía en sus esfuerzos para conseguir toda la información necesaria para determinar su elegibilidad o beneficios.

C. NOTA ESPECIAL:

1. Si está solicitando al Programa de Ayuda para Energía, puede recibir ayuda con sus cuentas de calefacción y/o electricidad. **PERO RECUERDE: DEBE SEGUIR PAGANDO SUS CUENTAS A TIEMPO.** Si no las paga, la compañía puede cobrarle más por pagar tarde. La compañía de servicios públicos le puede cortar el servicio y le pueden obligar a pagar un depósito antes de volver a reestablecer el servicio. *Si no puede pagar su cuenta, póngase en contacto con la compañía de servicios públicos y trate de hacer arreglos de pago.*
2. Las personas encontradas culpables de violar intencionalmente las reglas del programa pueden ser inelegibles para participar en el programa por un (1) año por la primera violación, dos (2) años por la segunda violación, y permanentemente por la tercera violación.

Mi firma a continuación indica que entiendo los Derechos y Obligaciones como solicitante al Programa de Ayuda para Energía.

Nombre del Solicitante/Beneficiario en letra de molde: _____

Firma del Solicitante/Beneficiario: _____ Fecha: _____

SI USTED NO ESTÁ INSCRITO PARA VOTAR EN SU DOMICILIO ACTUAL,

¿Desea inscribirse para votar aquí hoy?

(Marque uno)

SÍ NO

Si no marca ninguna de las casillas, se considerará que no desea inscribirse para votar en este momento.

LA LEY NACIONAL DE INSCRIPCIÓN ELECTORAL le da a usted la oportunidad de inscribirse para votar en este local. Si desea ayuda para llenar la solicitud para inscribirse para votar, le ayudaremos. Usted decidirá si pide o acepta dicha ayuda. Puede llenar la solicitud en privado.

AVISO IMPORTANTE: Solicitar inscribirse para votar – o no – **NO AFECTARÁ** la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Firma _____

Fecha _____

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no inscribirse para votar, su decisión se mantendrá confidencial.

SI CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a inscribirse o su decisión de no inscribirse para votar, o su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la oficina del Secretario de Estado, Capitol Complex, Carson City, NV 89710.



**SECRETARIO DE ESTADO ROSS MILLER
ESTADO OF NEVADA
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA VOTAR**

Núm. de Solicitud
HA

CASILLA 3 – NOMBRE Escriba su nombre tal como aparece en su licencia de manejar o tarjeta de identificación de Nevada o en su tarjeta del Seguro Social, indicado en la Casilla 8. Si no tiene ninguno de estos documentos de identidad, vea las instrucciones para la Casilla 8.

CASILLA 4 – DIRECCIÓN RESIDENCIAL Su dirección residencial es la dirección asignada al sitio en que realmente vive. Si vive en un lugar que no tenga una dirección asignada, tendrá que proporcionar una descripción del sitio. No debe poner un apartado postal como dirección residencial ni una dirección de empresa a menos que realmente viva allí.

CASILLA 8 – REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN La ley federal y estatal requiere que usted proporcione el número de su licencia de manejar de NV o de su tarjeta de identificación de NV. Si no tiene ninguna de las dos, debe poner los últimos 4 números de su número del Seguro Social. Si no tiene ninguno de estos tres documentos de identidad, llame al Secretario o Registrador de su condado después de llenar y entregar este formulario.

CASILLA 10 – INSCRIPCIÓN DE PARTIDO Marque su selección de un partido calificado, "No Partidista" u "Otro." Si marca "Otro," puede poner el nombre de un partido no calificado. Si se inscribe en un partido político menor o como no partidista, recibirá una boleta no partidista para la elección primaria.

CASILLA 13 – AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO Si ayuda a una persona a inscribirse para votar, debe llenar la Casilla 13. EL NO hacerlo ES un delito mayor.

FECHAS LÍMITES PARA ENTREGAR LA SOLICITUD

- ★ Por correo—con sello postal para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En persona en el DMV—para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En persona en la oficina del Secretario o Registrador del condado—para el martes, 21 días antes de una elección (para elecciones municipales, en persona en la Secretaría Municipal).
- ★ Elecciones especiales o de destitución—comuníquese con el Secretario o Registrador de su condado.

AVISO Se le exhorta entregar su solicitud de inscripción para votar en persona o por correo al Secretario o Registrador del condado. Si decide dar su solicitud a otra persona para que la entregue al Secretario o Registrador del condado y esa persona no la entrega al Secretario o Registrador del condado, no estará inscrito para votar. Favor de guardar la copia o recibo de su solicitud de inscripción para votar.

¿LE INTERESA TRABAJAR EN LAS MESAS ELECTORALES? Favor de llamar a la oficina de su Secretario o Registrador del condado local. Vea el reverso de esta página.

MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA MÁS GRANDE

| USE TINTA NEGRA — ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE | | ADVERTENCIA: PONER DATOS FALSOS ES UN DELITO MAYOR QUE CONLLEVA UNA MULTA CIVIL DE HASTA \$20,000. | |
|---|---|--|--|
| 1 | ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? ¿Tendrá por lo menos 18 años de edad para el día de la elección? Si respondió "no" a cualquiera de estas preguntas, no llene este formulario. | 2 | Marque las casillas que le correspondan y llene las casillas 3-13 <input type="checkbox"/> Nueva inscripción <input type="checkbox"/> Cambio de partido <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Cambio de dirección |
| 3 | Apellido (solamente) Primer nombre (solamente) Segundo nombre (solamente) Jr. Sr. II III IV | | |
| 4 | Dirección residencial (No ponga un apartado postal ni dirección de empresa. Vea las instrucciones.) Núm. de apto. Ciudad Estado Código postal | | |
| 5 | Dirección postal—Si es diferente a la de arriba. (Apartado postal o dirección de reenvío de correo) | | 6 |
| 7 Lugar de nacimiento (estado o PAÍS) | | 8 | 9 Núm. de teléfono (opcional) |
| 10 Inscripción de partido—Marque solo uno <input type="checkbox"/> Partido Demócrata (Democratic Party) <input type="checkbox"/> Partido Americano Independiente (Independent American Party) <input type="checkbox"/> Partido Libertario (Libertarian Party) <input type="checkbox"/> Partido Republicano (Republican Party) <input type="checkbox"/> Otro partido político – Escriba abajo <input type="checkbox"/> No Partidista (No afiliado con ningún partido) | | 11 "Yo juro o afirmo que: Soy ciudadano de EE.UU. • Habré cumplido 18 años para la fecha de la próxima elección • He vivido continuamente en Nevada por lo menos 30 días en mi condado y por lo menos 10 días en mi distrito electoral antes de la próxima elección • La dirección actual anotada aquí es mi único domicilio legal y no reclamo otro lugar como mi domicilio legal • No estoy sujeto a ninguna condena por delito mayor ni otra pérdida de derechos civiles que haría ilegal que yo votara. Dedaro bajo pena de perjurio que todo lo anterior es verdadero y correcto". ↓ FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) ↓ ↓ FECHA (REQUERIDA) ↓ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | |
| 12 Su nombre y dirección residencial de su última inscripción para votar. (Nombre, calle, núm de apto., ciudad, estado y código postal de la dirección anterior) | | | |
| 13 ¡Importante! Si usted ayuda a una persona a inscribirse para votar y no ha sido designado funcionario encargado de inscripciones ("field registrar") por el Secretario o Registrador del condado, ni es empleado de una dependencia de inscripción electoral, TIENE QUE llenar esta casilla. Se requiere su firma. El no hacerlo es un delito mayor. | | | |
| Nombre | | Dirección postal | |
| | | Ciudad/Estado/Código postal | |
| | | Firma | |

SÓLO PARA USO DE LA DEPENDENCIA DE VALIDACIÓN. NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRÉADAS A CONTINUACIÓN.

| | | |
|---|---|--|
| AGENCY STAMP HERE <input type="checkbox"/> AGENCY <input type="checkbox"/> FIELD REGISTRAR <input type="checkbox"/> MAIL <input type="checkbox"/> OTHER | CANCELLED INACTIVE PRECINCT | APPLICATION NO. HA RECEIVED BY: |
|---|---|--|

| | | |
|---|--|---|
| ↑ Separe Aquí ↑ NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTA SOLICITUD SELLO DE AGENCIA O NOMBRE DEL AGENTE, FUNCIONARIO ELECTORAL, O NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA SOLICITUD NOMBRE DE LA PERSONA EN LETRA DE MOLDE QUE RECIBE LA SOLICITUD | ↑ Separe Aquí ↑ FUNCIONARIO ELECTORAL O DEPENDENCIA Información de contacto, dirección, teléfono, fax | ↑ Separe Aquí ↑ RECIBO DE SOLICITUD PARA EL VOTANTE <i>(Guarde su recibo)</i> Si no recibe una Tarjeta de Inscripción como Votante de Nevada por correo dentro de 10 días, llame a su Departamento de Elecciones del Condado. Núm. de Solicitud: HA |
|---|--|---|

(Revised 8.2012)

SECRETARIOS Y REGISTRADORES DE LOS CONDADOS DE NEVADA

Envíe por correo o presente su solicitud en la oficina del condado donde usted reside.

| | | |
|--|---|--|
| <p align="center">CARSON CITY CLERK 885 East Musser Street, Suite 1025 Carson City, Nevada 89701-4475 (775) 887-2087</p> | <p align="center">CHURCHILL COUNTY CLERK 155 North Taylor Street, Suite 110 Fallon, Nevada 89406-2748 (775) 423-6028</p> | <p align="center">CLARK COUNTY REGISTRAR 965 Trade Drive Suite A P.O. Box 3909 Las Vegas, Nevada 89127-3909 (702) 455-VOTE (8683)</p> |
| <p align="center">DOUGLAS COUNTY CLERK 1616 8th Street, 2nd Floor P.O. Box 218 Minden, Nevada 89423-0218 (775) 782-9023</p> | <p align="center">ELKO COUNTY CLERK 550 Court Street 3rd Floor Elko, Nevada 89801-3700 (775) 753-4600</p> | <p align="center">ESMERALDA COUNTY CLERK Corner of Crook & Euclid P.O. Box 547 Goldfield, Nevada 89013-0547 (775) 485-6367</p> |
| <p align="center">EUREKA COUNTY CLERK County Courthouse, Main Street P.O. Box 677 Eureka, Nevada 89316-0677 (775) 237-5262</p> | <p align="center">HUMBOLDT COUNTY CLERK 50 West 5th Street, #207 Winnemucca, Nevada 89445-3199 (775) 623-6343</p> | <p align="center">LANDER COUNTY CLERK 315 South Humboldt Street Battle Mountain, Nevada 89820-9998 (775) 635-5738</p> |
| <p align="center">LINCOLN COUNTY CLERK 181 North Main Street, Suite 201 P.O. Box 90 Pioche, Nevada 89043-0090 (775) 962-5390</p> | <p align="center">LYON COUNTY CLERK 27 South Main Street Yerington, Nevada 89447-2571 (775) 463-6501</p> | <p align="center">MINERAL COUNTY CLERK 105 South "A" Street, Suite 1 P.O. Box 1450 Hawthorne, Nevada 89415-0400 (775) 945-2446</p> |
| <p align="center">NYE COUNTY CLERK 101 Radar Road P.O. Box 1031 Tonopah, Nevada 89049-1031 (775) 482-8127</p> | <p align="center">PERSHING COUNTY CLERK 398 Main Street P.O. Box 820 Lovelock, Nevada 89419-0820 (775) 273-2208</p> | <p align="center">STOREY COUNTY CLERK 26 South "B" Street Drawer "D" Virginia City, Nevada 89440-0139 (775) 847-0969</p> |
| <p align="center">WASHOE COUNTY REGISTRAR 1001 East Ninth Street, Room A135 P.O. Box 11130 Reno, Nevada 89520 (775) 328-3670</p> | <p align="center">WHITE PINE COUNTY CLERK 801 Clark Street #4 Ely, Nevada 89301-1994 (775) 293-6509</p> | |



