

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TODOS LOS PROGRAMAS (SOLO COPIAS):

1. Identificación con foto del solicitante.
2. Tarjetas de seguro social de cada miembro en el hogar. Si algún miembro del hogar no tiene número de seguro social, favor de comunicarse con la oficina de Texoma Council of Governments para recibir instrucciones, 903-813-3537.
3. Comprobantes de ingresos de los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** de todos los que viven en el hogar o reciben la siguiente asistencia: TANF (**carta de certificación más reciente**), beneficios de seguro social (**SS/SSI/SSDI/RSDI**), beneficios de veteranos (pensión y/o discapacidad), pensión/jubilación, compensación al trabajador, ingresos brutos de empleo, ingreso como trabajador independiente, manutención de los hijos (**copia impresa de la página de internet o de la oficina de OAG (Oficina del Procurador General)**) y beneficios de desempleo (**copia impresa de la página de internet de Texas Workforce**) **NO SE ACEPTAN ESTADOS DE CUENTA DE BANCO. Por Favor incluya todos los ingresos recibidos en los 30 días antes de la fecha de entrega de la solicitud.**
4. Carta de certification actual de SNAP (estampillas para alimentos).
5. Comprobante de residencia: contrato de renta, impuestos de propiedad, factura de pago de hipoteca, carta del dueño (NO RECIBOS). **Contrato de asistencia de beneficios de vivienda.**
6. Los recibos más recientes de luz y/o gas natural o propano. Traer ambos en caso de ser usuario de gas y luz.

¿Qué programa estás solicitando?	<input type="checkbox"/> Asistencia de servicios públicos <input type="checkbox"/> Climatización <input type="checkbox"/> Servicios Familiar (Condados de Cooke, Fannin, y Grayson)	
	¿Su casa ha sido climatizada? Si es así, en qué año ____	

PARTE UNO: IDENTIFICACION DEL HOGAR					
Residencial			TX		
	Dirección Residencial		Ciudad	Estado	Código postal Condado
Correo Postal			TX		
	Dirección de Correo Postal		Ciudad	Estado	Código postal Condado
Telefono					
	Casa	Trabajo	Celular	Correo Electrónico	

PARTE DOS: MIEMBROS DEL HOGAR												
Miembro	Premier Nombre, Apellido	Raza	HISPANO Y/N	Sexo (M/F)	ANOS	Fecha de Nacimiento	Relacion	Nivel de Educacion	Seguro de Salud	Veterano	Situación Laboral	Discapacitado Y/N
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
NÚMERO TOTAL EN EL HOGAR		<i>Use hojas adicionales si más de diez (10) miembros del hogar</i>										

TIPO DE HOGAR	
<input type="checkbox"/> Persona Soltera <input type="checkbox"/> Dos adultos, sin niños <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Adultos no emparentados con niños <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres <input type="checkbox"/> Desconocida / no reportada <input type="checkbox"/> Hogar Multigeneracional	

PARTE TRES: FUENTES DE INGRESOS (Marque todas las que correspondan a cualquier miembro del hogar).		
Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingresos (ver ejemplos a continuación)	¿Con qué frecuencia te pagan?

¿Alguien en el hogar recibe... (Debe proporcionar prueba de ingresos de 30 días anteriores)	
<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Ingresos de jubilación del Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de VA <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Otra	

PARTE CUARTA: BENEFICIOS (Marque todo lo que se aplique a cualquier persona en el hogar. No se usa para determinar la elegibilidad. Solo para propósitos de informes).	
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> LIHEAP <input type="checkbox"/> Ley de Asistencia Asequible <input type="checkbox"/> Vale de cuidado de niños <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale de vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Discapacidad no relacionada con el servicio de VA <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Seguro de discapacidad privado <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o manutención conyugal <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguno	

PART FIVE: HOUSING INFORMATION

¿La casa está alquilada o en propiedad? Alquilado Propiedad Alquiler mensual / hipoteca: _____

¿Qué tipo de vivienda? Casa privada Departamento Casa móvil Dúplex Year Built: _____

Si alquila, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del propietario

Información del propietario	Nombre del propietario	Telefono			
-----------------------------	------------------------	----------	--	--	--

Correo Postal	Calle / Número de casilla	Cuidad	Estado	Código postal	Condado
---------------	---------------------------	--------	--------	---------------	---------

PARTE SEIS: INFORMACIÓN DE SERVICIOS DE SERVICIOS PÚBLICOS MUY IMPORTANTE: Asegúrese de incluir copias de sus facturas de servicios públicos actuales

¿Cómo paga su familia la calefacción/refrigeración? ▲ A la empresa de servicios Al propietario Incluido en el alquiler

Your Primary Heating and Cooling Source

Empresa de servicios de electricidad	Cuenta #	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Frio
--------------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------------

Compañía de servicios de gas o LP	Cuenta #	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Frio
-----------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------------

Compañía de servicios de gas o LP	Cuenta #	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Frio
-----------------------------------	----------	--------------------------------	-------------------------------

Tipo de aire acondicionado utilizado: Unidad Central Unidad de ventana Enfriador evaporativo Otra Calor Frio

Tipo de calentador utilizado Unidad Central Horno de pared Calentador eléctrico Hogar Estufa de leña Calentador a gas Otra Ninguno

PART SEVEN: CERTIFICATION

- The information provided is true and correct to the best of my knowledge and belief.
La informacion proveida en esta forma son verdaderas y correctas segun mi saber, entender y creencia.
- My household income has been annualized, at the time of the application, according to pre-established agency procedures.
Los ingresos de my hogar han sido calculados anualmente segun los reglamentos preescritos por la agencia.
- I understand I may request a hearing to appeal a denial of eligibility, amount of assistance received, or a delay of service delivery.
Comprendo que puedo solicitar una audiencia para apelar decisiones que me afectan, tales como: la elegibilidad al programa, asistencia recibid, o tardanza de asistencia.
- I authorize the Texas Department of Housing and Community Affairs and its contracted agencies to contact any source in order to solicit/verify information on my utility and/or fuel bills, past and future, necessary for an eligible determination.
Autorizo al "Texas Department of Housing and Community Affairs" y a sus agencias contratadas a comunicarse con cualquier persona o agencia para verificar informacion sobremis cuentas pasadas y futures para luz y gas cuando la informacion se usa para reporter data estadis.
- I AM AWARE THAT I AM SUBJECT TO PROSECUTION FOR PROVIDING FALSE OR FRAUDULENT INFORMATION.**
COMPRENDO QUE ESTOY SUJETO A SER PROCESADO SI LA INFORMACION PROVEIDO ES FALSA INCORRECTA.

Applicant's Signature / Firma de Solicitante _____ Date / Fecha _____

IMPORTANT INFORMATION FOR FORMER MILITARY SERVICES MEMBERS: Women and men who served in any branch of the United States Armed Forces, including Army, Navy, Marines, Coast Guard, Reserves or National Guard, may be eligible for additional benefits and services. For more information, please visit the Texas Veterans Portal at <https://veterans.portal.texas.gov/>

*** FOR OFFICE USE ONLY ***

RECOMMENDED COMPONENT	EDUCATIONAL MATERIALS
<input type="checkbox"/> CEAP Household Crisis Component <input type="checkbox"/> CEAP General Assistance Component <input type="checkbox"/> CSBG Assistance <input type="checkbox"/> Utility Company Energy Aid Programs <input type="checkbox"/> Weatherization <input type="checkbox"/> DENIED	<input type="checkbox"/> Energy Conservation <input type="checkbox"/> Budgeting Tips <input type="checkbox"/> Benefits Program Information <input type="checkbox"/> Heat Wave Tips <input type="checkbox"/> Lead-Based Paint Brochure

TOTAL ANNUAL HOUSEHOLD INCOME	DESCRIPTION OF HOUSEHOLD SITUATION/ELIGIBILITY DETERMINATION
_____	<input type="checkbox"/> Vulnerable <input type="checkbox"/> Non - Vulnerable <input type="checkbox"/> High Energy USAGE = \$1000 + <input type="checkbox"/> High Energy BURDEN = 11% +
LEVEL OF HOUSEHOLD INCOME <input type="checkbox"/> 0 - 50% <input type="checkbox"/> 51 - 75% <input type="checkbox"/> 76 - 150% <input type="checkbox"/> 151% & over	
ENERGY BURDEN _____ / _____ = _____ % annual usage total annual income energy burden	
*not applicable for households <u>only</u> receiving HCC payments	

IF DENIED, PROVIDE REASON:

Date Notice of Denial Mailed: _____

Client Specialist

Application Completion Date

If ANY ADULT (18 years or older) in your home receives ZERO income, this form MUST be completed and signed.

**DECLARATION OF INCOME STATEMENT
(DECLARACION DE INGRESOS)**

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30 day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 días antes del aplicar para asistencia)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation *(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):*

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveida de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveido información falsa ó fraudulenta.)*

SIGN HERE X

(Applicant Signature/Firma del Solicitante)

(Date/Fecha)

If ANY ADULT (18 years or older) in your home receives ZERO income, this form MUST be completed and signed.

TEXAS DEPARTMENT OF HOUSING AND COMMUNITY AFFAIRS

**Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)
Formulario de Certificación del Ciudadano/Nacional de EEUU Solicitante para WAP y CEAP**



El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de America (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

Nombre los miembros del hogar	Ciudadano de los Estados Unidos de America (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EEUU (Si o No)?	Extranjero Calificado (Si o No)?	Nombre los documentos proporcionados para:	
			Estatus	Identificación

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulante.		
Firma del Solicitante		Fecha
Firma del personal certificando la verificaron de documentos	Imprima el nombre del personal	Fecha

To be completed by COSERV ELECTRIC Customers ONLY

Texoma Council of Governments
1117 Gallagher Drive, Suite 200
Sherman, Texas 75090
Phone (903) 893-2161 option 5

~~~~~**Authorization for Release**~~~~~

Current Date: \_\_\_\_\_

To: CoServ  
Pledge Group  
Fax- 940-270-6802

RE: Customer Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Acct#: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, authorize CoServ to release information on my  
(Customer Prints Name Here)  
account to **Texoma Council of Governments**. I, \_\_\_\_\_, authorize this release for up to  
(Customer Initials)  
one year from the above date. **\*\*This release is not transferable. \*\***

Faxed # \_\_\_\_\_ Attn: \_\_\_\_\_

Emailed: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Contact Phone Number for Caseworker: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Customer's Signature