

## **SOLICITUD DEL PROGRAMA DE SUBSIDIO DE ENERGÍA PARA EL HOGAR**

**Si usted es ciego o tiene una discapacidad visual grave y necesita esta solicitud en un formato alternativo, puede pedirla a su distrito de servicios sociales. Para obtener más información sobre los tipos de formatos disponibles y cómo pedir una solicitud en un formato alternativo, consulte las instrucciones incluidas aquí o visite [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov).**

**Si usted es ciego o tiene una discapacidad visual grave, ¿le gustaría recibir avisos por escrito en un formato alternativo?     Sí     No**

**En caso afirmativo, marque el tipo de formato que desea:**

- Letra grande     CD de datos     CD de audio
- Braille, si afirma que ninguno de los otros formatos alternativos será igualmente efectivo para usted.

**Si necesita otro formato, comuníquese con su distrito de servicios sociales.**



# Solicitud del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar

Lea las instrucciones adjuntas al final de la solicitud. Responda todas las preguntas. **Escriba con letra impresa** y de forma legible, y firme el formulario en la Sección 9.

Si necesita ayuda, comuníquese con la agencia mencionada anteriormente.				<b>Agency Use Only</b>			
				<b>DSS</b>		<b>OFA/Alternate Certifier</b>	
				<b>Date Received</b>		<b>Date Received</b>	
<b>Agency Use Only</b>							
Application Date	Office	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case Number	Registry Number	Vers.
Case Name				<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Heating Eqpt	<input type="checkbox"/> Cooling	
				<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Clean & Tune	<input type="checkbox"/> Other _____	

## Sección 1: Información del solicitante

Identidad de género, etnia y raza son opcionales. Para la identidad de género, uso las siguientes opciones: Hombre, Mujer, No binario, X, Transgénero, Prefiero no decirlo, o Identidad diferente (describa). Para identificar la raza, utilice las siguientes opciones: Estadounidense nativo o nativo de Alaska (I), asiático (A), negro o afroamericano (B), multirracial (M), nativo de Hawái u otra isla del Pacífico (P), blanco (W), otro (O).

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer  X Identidad de género (opcional): \_\_\_\_\_  
 Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_ Ciudadano/Nacionalizado de EE. UU. o migrante documentado  Sí  No  
 Etnia: Origen hispano, latino o español (opcional)  Sí  No Raza: (opcional) \_\_\_\_\_
2. Dirección: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Permanencia en esta dirección: \_\_\_\_\_
3. Dirección postal, si es diferente a la antes mencionada: \_\_\_\_\_
4. Núm. de tel. diurno: \_\_\_\_\_ Mejor horario para llamarle: \_\_\_\_\_
5. Otros nombres por los que me han conocido: \_\_\_\_\_
6. ¿Alguna vez solicitó HEAP?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de su última solicitud? \_\_\_\_\_
7. Si se necesita hacer una entrevista, elija qué modalidad prefiere:  entrevista telefónica  entrevista en persona
8. En qué idioma prefiere hablar: \_\_\_\_\_ En qué idioma prefiere leer: \_\_\_\_\_
9. ¿Necesita un intérprete sin costo?  Sí  No
10. ¿Usted o alguna de las personas que vive en su dirección recibe o ha solicitado recientemente el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o Asistencia Temporal (SNAP y TA, respectivamente)?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 Núm. de caso: \_\_\_\_\_
11. ¿Hay algún miembro del hogar que sea discapacitado o invidente?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
12. ¿Hay algún miembro del hogar que sea veterano?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

**Sección 2: Información de la familia**

Enumere a las personas que viven con usted. Adjunte tantas hojas adicionales como sea necesario. Identidad de género, etnia y raza son opcionales. Para la identidad de género, uso las siguientes opciones: Hombre, Mujer, No binario, X, Transgénero, Prefiero no decirlo, o Identidad diferente (describa). Para identificar la raza, utilice las siguientes opciones: Estadounidense nativo o nativo de Alaska (I), asiático (A), negro o afroamericano (B), multirracial (M), nativo de Hawái u otra isla del Pacífico (P), blanco (W), otro (O).

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer  X Identidad de género (opcional): \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_ Ciudadano/Nacionalizado de EE. UU. o migrante documentado  Sí  No

Etnia: Origen hispano, latino o español (opcional)  Sí  No Raza: (opcional) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer  X Identidad de género (opcional): \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_ Ciudadano/Nacionalizado de EE. UU. o migrante documentado  Sí  No

Etnia: Origen hispano, latino o español (opcional)  Sí  No Raza: (opcional) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer  X Identidad de género (opcional): \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_ Ciudadano/Nacionalizado de EE. UU. o migrante documentado  Sí  No

Etnia: Origen hispano, latino o español (opcional)  Sí  No Raza: (opcional) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer  X Identidad de género (opcional): \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_ Ciudadano/Nacionalizado de EE. UU. o migrante documentado  Sí  No

Etnia: Origen hispano, latino o español (opcional)  Sí  No Raza: (opcional) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer  X Identidad de género (opcional): \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_ Ciudadano/Nacionalizado de EE. UU. o migrante documentado  Sí  No

Etnia: Origen hispano, latino o español (opcional)  Sí  No Raza: (opcional) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer  X Identidad de género (opcional): \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_ Ciudadano/Nacionalizado de EE. UU. o migrante documentado  Sí  No

Etnia: Origen hispano, latino o español (opcional)  Sí  No Raza: (opcional) \_\_\_\_\_

Cantidad total de miembros del hogar: \_\_\_\_\_

**Sección 3: Información de la vivienda**

1. Seleccione la casilla que describa con mayor precisión su situación de vivienda

**Propietario**

- Vivienda unifamiliar o vivienda prefabricada  
 Vivienda multifamiliar: escriba la cantidad de unidades \_\_\_\_\_  
 Propietario de cooperativa o condominio  
 Usufructo vitalicio/Usó vitalicio

**Inquilino**

- Casa particular, apartamento o casa prefabricada

**Alquiler subvencionado**

- Vivienda subsidiada de propiedad de privados  
 Proyecto de vivienda pública o vivienda para personas mayores  
 Vivienda pública subsidiada

**Otro**

- Vivo con alguien y compartimos los gastos  
 Rento un cuarto  
 Pago alojamiento y comida  
 Hotel/motel permanente  
 Otra situación de vivienda: \_\_\_\_\_

2. Mi alquiler o pago de hipoteca mensual es de \$ \_\_\_\_\_  Ninguno

3. Si corresponde, el nombre del edificio de apartamentos o complejo residencial en el que vive: \_\_\_\_\_

**Sección 4: Información de calefacción y servicios públicos**

1. ¿Paga por calefacción?  Sí. Complete la información a continuación  No

Mi fuente de calefacción principal funciona con:

- Gas natural  Combustóleo  Electricidad  Carbón o maíz  
 Madera/pélets de madera  Queroseno  Propano o gas envasado  Otro \_\_\_\_\_

Mi tanque de combustible es:  Tanque individual  Tanque medido

¿La factura de la calefacción está a su nombre?  Sí  No

En caso negativo, nombre que aparece en la factura: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

¿Usted es la persona responsable directa de pagar la factura?  Sí  No

Núm. de su cuenta de calefacción: \_\_\_\_\_ Nombre de su compañía de calefacción: \_\_\_\_\_

Dirección de su compañía de calefacción: \_\_\_\_\_

2. ¿Paga una factura de electricidad por separado por otros servicios además de la calefacción?

Sí. Complete la información a continuación  No

¿La factura de electricidad está a su nombre?  Sí  No

En caso negativo, escriba el nombre que aparece en la factura: \_\_\_\_\_

Núm. de su cuenta de electricidad: \_\_\_\_\_ Nombre de su compañía de electricidad: \_\_\_\_\_

Dirección de su compañía de electricidad: \_\_\_\_\_

¿Necesita la electricidad para hacer funcionar la caldera?  Sí  No

¿Necesita la electricidad para que funcione el termostato en su apartamento?  Sí  No

3. ¿El alquiler incluye la calefacción?  Sí  No

4. ¿El alquiler incluye la electricidad?  Sí  No

### Sección 5: Ingreso familiar

Proporcione la información sobre los ingresos de todos los miembros de la familia, incluido usted, correspondientes al mes anterior. El solicitante debe presentar un comprobante de ingresos. El solicitante puede dar fe de la información sobre los ingresos en nombre de otros miembros del hogar. En Fuente de ingresos puede escribir el nombre del empleador, Seguro social, Seguro social por discapacidad, Sustento de menores, Ingresos por alquiler, Desempleo, etc. Frecuencia es la frecuencia con la que se le paga: semanal, mensual, quincenal, etc. Monto bruto se refiere al monto que se le paga antes de las deducciones. Si recibe Medicare, introduzca el importe bruto e indique los importes pagados por la Parte B y/o D.

Nombre del beneficiario	Fuente de ingresos	Frecuencia	Monto bruto	Medicare Parte B o D
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____

¿Hay alguien en su hogar mayor de 18 años que **no tenga** ningún ingreso de ninguna fuente?  Sí  No

En caso afirmativo, enumere todos los miembros del hogar que no tienen ingresos: \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en su hogar que sea estudiante de escuela secundaria o universitario dependiente a tiempo completo?

Sí  No

En caso afirmativo, enumérelos: \_\_\_\_\_

### Sección 6: Otras fuentes de ingresos

1. ¿Recibe ingresos por alquiler?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál es el monto bruto por mes? \$ \_\_\_\_\_

2. ¿Recibe ingresos por alojamiento/comida?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es el monto bruto por mes? \$ \_\_\_\_\_

3. ¿Recibe ingresos por trabajo independiente?  Sí  No ¿Tipo de actividad? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, puede elegir que se calculen sus ingresos de alquiler o trabajo independiente en función de su declaración de impuestos federales presentada para el año en curso o el año fiscal anterior si aún no ha presentado la declaración para el año en curso, incluidas todas las declaraciones complementarias correspondientes, o en base a los tres (3) meses anteriores a su solicitud.

**Elija un método:**  Declaración de impuestos federales presentada  Tres meses

4. ¿Su familia recibió ingresos por inversiones o intereses derivados de ahorros, cheques, certificados de depósito, cuentas del mercado monetario, acciones, bonos, valores o distribuciones de IRA, 401K o anualidades, etc.?  Sí  No  
En caso afirmativo, describa a continuación. Indique cada cuenta por separado.

Tipo de cuenta	Monto recibido de un año a la fecha	Nombre del banco/fuente de dividendo o distribución
_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____

5. ¿Hay algún otro ingreso de alguna otra fuente?  Sí  No

Fuente: \_\_\_\_\_ Beneficiario: \_\_\_\_\_ Monto bruto mensual: \$ \_\_\_\_\_

## Sección 7: Avisos importantes

### Aviso importante

Debe tener en cuenta que hay dinero limitado disponible para pagos de beneficios de HEAP. Una vez que se agote el dinero disponible, no se otorgarán beneficios. Por lo tanto, se recomienda enfáticamente que complete y envíe su solicitud lo antes posible.

### Ley de Privacidad de Datos Personales: notificación a clientes

La Ley de Protección de la Privacidad de los Datos Personales del Estado, que entró en vigencia el 1 de septiembre de 1984, establece que debemos informarle qué hará el Estado con la información que nos proporcione sobre usted y su familia. Usamos la información para averiguar si usted es elegible para el Programa de Subsidio de Energía para el Hogar y, de ser así, por qué cantidad. La Sección 21 de la Ley de Servicios Sociales nos otorga el derecho de recopilar información sobre usted. Para asegurarnos de que está recibiendo toda la asistencia a la que usted y su familia tienen derecho, consultamos con otras fuentes a fin de obtener más detalles sobre la información que nos ha proporcionado. Por ejemplo:

- Verificamos si usted o alguien en su hogar estuvo trabajando. Enviamos su nombre y Número de Seguro Social al Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado (Department of Taxation and Finance, por sus siglas en inglés), y también a empleadores conocidos, para que nos digan si usted trabajó y, de ser así, cuánto percibió.
- Podemos pedirle al Estado que verifique con la División de Seguro de Desempleo si usted o alguien en su hogar recibió beneficios de desempleo.
- Consultamos con los bancos para asegurarnos de conocer cualquier ingreso que usted o alguien en su hogar haya recibido.

Además de usar la información que proporcionó en esta solicitud, el Estado también usa la información para elaborar estadísticas sobre todas las personas que reciben el Subsidio de Energía para el Hogar. Esta información se utiliza para la planificación y gestión de programas. La información se utiliza para el control de calidad por parte del Estado para garantizar que los distritos locales estén haciendo el mejor trabajo que pueden. Se usa para verificar quién es su proveedor de energía y para realizar ciertos pagos a dichos proveedores. Si no nos proporciona la información que necesitamos, no podremos averiguar si es elegible para recibir asistencia y, en ese caso, es posible que tengamos que rechazar su solicitud. Esta información la conserva el Comisionado, Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados (Office of Temporary and Disability Assistance, por sus siglas en inglés), 40 North Pearl Street, Albany, Nueva York 12243-0001.

**No envíe su solicitud a esta dirección.**

## Sección 8: Representante autorizado

Puede designar a alguien que conozca las circunstancias de su hogar para que sea su representante autorizado. Su representante autorizado puede completar y presentar su solicitud de HEAP, comunicarse con la agencia y hablar con su trabajador social, tener acceso a la información de elegibilidad en el archivo de su caso, completar todos los formularios por usted, proporcionar documentación y apelar las decisiones de la agencia. Aún así, usted debe firmar esta solicitud. La designación de un representante autorizado permanecerá vigente durante el año actual del programa HEAP a menos que usted la revoque. Cada año del programa HEAP se le preguntará si desea designar un representante autorizado.

Quisiera designar un representante autorizado.  Sí. Complete la información a continuación.  No

Nombre del representante autorizado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

## Sección 9: Consentimiento y firma

### Lea la información importante a continuación

Juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier declaración falsa u otra tergiversación hecha intencionalmente por mí en relación con esta solicitud y las solicitudes posteriores de asistencia de HEAP pueden derivar en que no se me considere elegible para recibir la asistencia pagada a mí o en mi nombre. Asimismo, cualquier declaración falsa o tergiversación hecha intencionalmente por mí con el propósito de obtener asistencia bajo este programa puede derivar en una acción en mi contra que puede someterme a sanciones civiles o penales.

### Consentimiento

Entiendo que, al firmar esta solicitud/certificación, autorizo a que se realice cualquier investigación para verificar o confirmar la información que he proporcionado y demás investigaciones por parte de cualquier agencia gubernamental autorizada en relación con esta y cualquier otra solicitud para recibir los beneficios del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). También doy mi consentimiento para permitir que la información provista en esta solicitud se use en derivaciones a los programas de asistencia para climatización disponibles y a los programas para personas de bajos ingresos de mi compañía de servicios públicos.

Entiendo que el Estado usará mi número de seguro social para verificar con mis proveedores de energía doméstica si recibo beneficios del HEAP. Esta autorización también incluye permiso para que cualquiera de mis proveedores de energía doméstica (incluida mi empresa de servicios públicos) publique cierta información estadística, incluyendo, entre otros, mi consumo de electricidad, el costo de electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual de combustible y el historial de pago a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados, el Distrito de Servicios Sociales local y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos con el fin de medir el desempeño del Programa de Subsidio de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP).

**Para solicitar los beneficios de HEAP, debe responder todas las preguntas, y firmar y fechar su solicitud en la sección a continuación.**

Nombre (en letra imprenta) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que lo ayudó, si corresponde: \_\_\_\_\_

Núm. de tel.: \_\_\_\_\_



Agency Use Only			
Application Type: <input type="checkbox"/> Full Documentation <input type="checkbox"/> Simplified			
Vendor	Account Number	Vendor Code	Vendor Relationship: <input type="checkbox"/> Current Bill/Vendor Statement <input type="checkbox"/> Collateral Contact
Identity of Household Members			
Household Member's Name		Documentation	
Is anyone in the household vulnerable? <input type="checkbox"/> Under age 6 <input type="checkbox"/> Age 60 or older <input type="checkbox"/> Permanently Disabled Who: _____ Documentation: _____			
Residence – Check type of documentation obtained			
<input type="checkbox"/> Current Rent Receipt w/Name & Address		<input type="checkbox"/> Water, Sewage, or Tax Bill	
<input type="checkbox"/> Mortgage Payment Book/Receipts w/Address		<input type="checkbox"/> Homeowner's/Renter's Insurance Policy	
<input type="checkbox"/> Copy of Lease w/Address		<input type="checkbox"/> Utility Bill <input type="checkbox"/> Other _____	
Income Documentation/Calculation			
Categorically Income Eligible: <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Code A SSI			
Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. Show all calculations. Use next page if necessary.			
<b>Gross Bi-Weekly</b> Income x 2.166666 <b>Gross Weekly</b> Income x 4.333333			
<b>Total Monthly Income \$</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Separate Heat (check one)</b> <input type="checkbox"/> Oil <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> LP Gas <input type="checkbox"/> Natural Gas <input type="checkbox"/> Wood <input type="checkbox"/> Wood Pellets <input type="checkbox"/> Coal/Corn <input type="checkbox"/> PSC Electric <input type="checkbox"/> Municipal Electric		<input type="checkbox"/> <b>Heat Included in Rent</b> <input type="checkbox"/> Payment to Household <input type="checkbox"/> Payment to Utility	
Interview Completed: <input type="checkbox"/> Yes, Date _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Application compared to previous information <input type="checkbox"/> No prior application <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> WMS Inquiry <input type="checkbox"/> Changes verified    How: _____			
Pended: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Pend Start Date:	Pend End Date:
<input type="checkbox"/> Approved, Benefit \$		<input type="checkbox"/> Denied, Reason	
Certifying Agency			
Worker's Signature		Date:	
Supervisor's Signature		Date:	

**Agency Use Only**

**Notes and Income Calculation**

**Federal Reporting Status of Home Energy Service**

**The household has one or more of the following - Check all that apply**

- A disconnect notice. Company Name: \_\_\_\_\_
- Disconnection from service. Company Name: \_\_\_\_\_
- Less than ¼ tank of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- Less than a 10-day supply of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- Out of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- A non-working furnace/boiler/heat system that needs replacement.
- Electricity as supplemented heating fuel.
- Wood as supplemental heating fuel.
- Other supplemental heating fuel.
- Central air conditioning.
- A window or wall air conditioner.

**Consentimiento para cancelar**

**Firme aquí si desea cancelar su solicitud y no solicitar los beneficios de HEAP.**

**Doy mi consentimiento para cancelar mi solicitud.**

**Firma** \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo volver a solicitar los beneficios de HEAP en cualquier momento durante el período en el que se aceptan las solicitudes de HEAP.

## **Programa de Subsidio de Energía para el Hogar del Estado de Nueva York (HEAP) Instrucciones para llenar la solicitud**

Si usted es ciego o tiene una discapacidad visual grave y necesita una solicitud o estas instrucciones en un formato alternativo, puede solicitarlas a su distrito de servicios sociales (SSD). Los formatos alternativos disponibles son los siguientes:

- Letra grande;
- Formato de datos (archivo electrónico accesible con lector de pantalla);
- Formato de audio (transcripción en audio de las instrucciones o preguntas de la solicitud); y
- Braille, si afirma que ninguno de los formatos alternativos será igualmente efectivo para usted.

Las solicitudes y las instrucciones también están disponibles para descargar en letra grande, formato de datos y formato de audio en [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov). Tenga en cuenta que las solicitudes están disponibles en formato de audio y Braille únicamente con fines informativos. Para presentar una solicitud, debe enviar una solicitud por escrito, en un formato no alternativo.

Si tiene alguna discapacidad que le impide completar esta solicitud o esperar para ser entrevistado, notifique a su SSD. El SSD hará todo lo posible para proporcionarle una modalidad razonable que satisfaga sus necesidades.

Si necesita otra tipo de solución o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con su SSD. Nos comprometemos a darle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa.

### **Formatos alternativos:**

Marque "Sí" o "No" para indicar si es ciego o tiene una discapacidad visual grave y le gustaría recibir notificaciones por escrito en un formato alternativo. Si la respuesta es "Sí", marque el tipo de formato que desea. Hay formatos alternativos disponibles en letra grande, CD de datos, CD de audio o Braille, si afirma que ninguno de los otros formatos alternativos es igualmente efectivo para usted. Si necesita otra tipo de solución o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con su SSD.

## **Información importante sobre las fechas del programa**

Los beneficios de HEAP solo están disponibles cuando el programa está abierto. Las fechas de apertura y cierre se determinan para cada año del programa. Las fechas de apertura para el beneficio regular y los componentes del beneficio de emergencia pueden ser diferentes. Puede encontrar información sobre las fechas de apertura y cierre del programa de este año en el sitio web de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov) o llamando a nuestro número gratuito al 1-800-342-3009.

## **Instrucciones para completar la solicitud:**

Complete las secciones 1 a 9 y responda todas las preguntas.

### **¿Quién debe completar y firmar la solicitud?**

La solicitud debe ser completada por la persona que tiene la responsabilidad principal y directa del pago de la factura de calefacción o el inquilino principal si la calefacción está incluida en el alquiler.

### **¿Qué domicilio debo declarar?**

Debe declarar su domicilio actual. Este debe ser el de su residencia permanente y principal.

### **¿Por qué necesitan mi número de teléfono diurno?**

Es importante incluir un número de teléfono en el que se le pueda localizar. Esto ayudará a procesar a tiempo su solicitud si se requiere información adicional.

### **¿Debo tener una entrevista?**

Es posible que se requiera que algunos solicitantes tengan una entrevista. Puede elegir tener una entrevista telefónica o una entrevista en persona. Indique el tipo de entrevista que prefiere en la Sección 1. Que usted complete esta sección no significa que se le hará una entrevista.

### **¿A quién debo incluir como miembro del hogar?**

Enumere a todas las personas que viven en su domicilio, incluso si no son parientes suyos o no contribuyen económicamente a su hogar. Es posible que deba proporcionar comprobantes de identidad para todos los miembros del hogar. Anótese usted primero en la Sección 1. En la Sección 2, debe incluir a todos los miembros adicionales del hogar. Si hay más miembros en su hogar, adjunte una hoja de papel por separado. Si vive solo, continúe con la Sección 3.

## **Identidad de género (opcional):**

El Estado de Nueva York garantiza su derecho a acceder a los beneficios y/o servicios estatales, independientemente de su sexo, identidad de género o expresión. Debe informar su sexo y el sexo de todos los miembros del hogar como hombre, mujer o X. El sexo que informe aquí debe ser el mismo que está registrado actualmente en la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos. Para procesar su solicitud, es necesario que informe el sexo. No aparecerá en ninguna tarjeta de beneficios que pueda recibir ni en ningún otro documento público.

La identidad de género es cómo se percibe a sí mismo y cómo se llama a sí mismo. Su identidad de género puede ser igual o diferente al sexo con el que nació. La identidad de género no es necesaria para esta solicitud. Si su identidad de género o la identidad de género de cualquier persona en su hogar son diferentes del sexo que informa y usted desea proporcionar la identidad de género de esa persona, escriba con letra imprenta "Male" ("Hombre"), "Female" ("Mujer"), "Non-Binary" ("No binario"), "X", "Transgender" ("Transgénero"), "Prefer Not to Say" ("Prefiero no decirlo") o "Different Identity" ("Identidad diferente") en el espacio proporcionado. Si escribe "Identidad diferente", puede describir la identidad de género de esa persona en el espacio proporcionado.

### **Información de raza/etnicidad (opcional):**

Proporcionar esta información es voluntario. No afectará la elegibilidad de las personas que soliciten los beneficios ni el nivel de beneficios que recibirán. Se solicita esta información para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color o nacionalidad. Para identificar la raza, utilice las siguientes opciones: Estadounidense nativo o nativo de Alaska (I), asiático (A), negro o afroamericano (B), multirracial (M), nativo de Hawái u otra isla del Pacífico (P), blanco (W), otro (O).

### **Información para ciudadanos/migrantes documentados:**

Para recibir los beneficios de HEAP, un miembro de su hogar debe ser ciudadano de EE. UU., migrante documentado o nacionalizado no ciudadano de EE. UU. Para más información sobre la condición de migrante documentado o de nacionalizado no ciudadano de EE. UU., comuníquese con la línea directa de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York llamando al 1-800-342-3009 o visite el sitio web de la OTDA en [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov).

### **¿Por qué necesito proporcionar los números de Seguro Social?**

Los números de Seguro Social deben incluirse para todos los miembros del hogar que tengan uno. La información se valida con datos de la Administración del Seguro Social. Si algún miembro no tiene número de Seguro Social pero lo ha solicitado, escriba la palabra "solicitado" en la casilla de Número de Seguro Social. Si un miembro del hogar no tiene un número de Seguro Social, escriba la palabra "ninguno" en la casilla de Número de Seguro Social. Esta información se puede utilizar para verificar si los datos concuerdan con otras agencias estatales y federales con el fin de verificar la elegibilidad de su hogar para los beneficios de HEAP.

### **Información de la vivienda:**

Marque la casilla que represente con mayor precisión su situación de vivienda.

### **Situación del sistema de calefacción:**

Asegúrese de responder las cuatro (4) preguntas.

### **¿Cómo debo completar la sección de ingresos?**

#### **¿Necesitaré proporcionar evidencia?**

Enumere TODOS los ingresos de todos los miembros del hogar. Todos los importes deben indicarse como ingresos brutos antes de cualquier deducción. Las deducciones incluyen, entre otras, las siguientes: impuestos sobre el alquiler, sustento de menores, embargos, seguro médico y cuotas sindicales. Debe presentar documentación de todos los ingresos obtenidos, incluidos los ingresos por trabajo independiente y de alquiler. Es posible que se le pida que proporcione evidencia de otros ingresos. Consulte la página 15 de las instrucciones de la solicitud para conocer los tipos específicos de documentación aceptable. No envíe los originales ya que no se devolverán. La elegibilidad se basará en los ingresos mensuales brutos de su hogar en el mes de la solicitud.

Indique el importe de su Seguro Social antes de las deducciones para Medicare. Indique por separado los importes que paga por la Parte B y/o D de Medicare. Los importes de las Partes B y D de Medicare no son considerados como ingresos.

Indique solo la parte de los intereses o dividendos de las cuentas bancarias, los certificados de depósito, las acciones, los bonos u otros ingresos por inversiones. Indique cada cuenta por separado. Si necesita espacio extra, agregue hojas adicionales. Indique el importe recibido en el año hasta la fecha.

### **¿Qué significa representante autorizado?**

Un representante autorizado es una persona que puede actuar como su intermediario para los fines de HEAP, como se indica en la Sección 8 de la solicitud. La posición de representante autorizado estará vigente solo para el programa actual y puede revocarlo en cualquier momento durante el programa enviando una declaración a su distrito local de servicios sociales. Dado que esta persona puede estar proporcionando información en su nombre, debe ser alguien que conozca sus circunstancias.

### **Registro de votantes con el trámite de licencia de conducir (opcional)**

Incluya el formulario de solicitud de licencia de conducir y registro de votante en su solicitud. Complete este formulario si no está registrado para votar y desea registrarse. Esto no afecta su elegibilidad para HEAP ni la cantidad de sus beneficios.

## ¿Qué necesitaré para realizar la solicitud?

Los nuevos solicitantes deberán incluir la siguiente documentación en su solicitud:

- comprobante de identidad de cada miembro del hogar
- número de Seguro Social válido para cada miembro del hogar que tenga uno
- comprobante de domicilio
- factura de combustible o servicios públicos si paga la calefacción o comprobante de que paga el alquiler que incluye la calefacción
- documentación de ingresos para todos los miembros del hogar

Consulte la página 15 de las instrucciones de la solicitud para conocer los tipos específicos de documentación aceptable. Además, los nuevos solicitantes también deberán tener una entrevista; y puede elegir entre una entrevista telefónica o una entrevista en persona. Si elige una entrevista telefónica, incluya un número de teléfono que funcione y el mejor momento para contactarlo para una entrevista telefónica en la Sección 1 de su solicitud.

## Dónde aplico:

Debe presentar la solicitud en el condado en el que reside actualmente. Puede presentar la solicitud en persona o enviarla por correo a la dirección que se encuentra en la parte superior de la solicitud, o puede encontrar otros certificadores locales consultando nuestro sitio web en [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov).

## myBenefits:

Puede solicitar los beneficios de HEAP por Internet ingresando a [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov). Una vez que haya enviado la solicitud para HEAP, puede verificar el estado del trámite por Internet utilizando su cuenta segura en línea en [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov). Si se aprueba la solicitud, se proporciona el monto del beneficio. Puede ser elegible para recibir asistencia alimentaria. Verifique su elegibilidad y solicite los beneficios de SNAP en [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov). Puede encontrar información adicional sobre HEAP y otros programas de servicios humanos en [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov).

## ¿Cómo me pagará el beneficio?

Si se le aprueba la solicitud y usted paga por la calefacción, se enviará el pago a su proveedor de combustible para calefacción. El aviso de elegibilidad incluirá el nombre del proveedor. Si el proveedor que se indica no es el correcto, notifique al distrito local de servicios sociales de inmediato. En algunos casos, el beneficio se pagará a la compañía eléctrica si la calefacción está incluida en el alquiler. En el aviso se le informará el monto del beneficio, cómo se pagará y cómo se calculará.

Los proveedores no pueden realizar entregas hasta que se reciba el pago o hasta que el distrito de servicios sociales local se lo indique. Es posible que los beneficios no se apliquen a entregas anteriores de fuentes de combustible entregables. Si necesita combustible antes de que su proveedor haya recibido la notificación o el pago, debe comunicarse con su distrito de servicios sociales local.

Los beneficios regulares de HEAP están destinados a ser un complemento único de sus costos anuales de energía y no están destinados a reemplazar sus pagos personales. Debe continuar pagando sus facturas de energía.

## ¿Qué es HEAP de Emergencia?

- Ya no tiene combustible o tiene menos de  $\frac{1}{4}$  de tanque de aceite, queroseno o propano, o bien tiene un suministro para menos de diez (10) días de otro combustible para calefacción.
- Le cortaron la calefacción de gas natural o eléctrica o se ha programado su corte.
- El sistema de calefacción propiedad del solicitante no funciona.

## ¿Qué hago si tengo una emergencia?

Los beneficios de HEAP pueden ayudar con las siguientes emergencias:

- Ya no tiene combustible o tiene menos de  $\frac{1}{4}$  de tanque de aceite, queroseno o propano, o bien tiene un suministro para menos de diez (10) días de otro combustible para calefacción.
- Le cortaron la calefacción de gas natural o eléctrica o se ha programado su corte.
- El sistema de calefacción propiedad del solicitante no funciona.

## **LDSS-3421-SP (Rev. 5/23)**

Si tiene una emergencia con la calefacción y ha solicitado el beneficio regular, pero no lo ha recibido, debe comunicarse con su distrito de servicios sociales local después de que se abra el programa. Siempre que sea posible, los beneficios regulares de HEAP se utilizan primero para resolver una emergencia energética.

**No espere hasta quedarse sin combustible para calefacción o hasta que le corten el servicio de gas/electricidad para solicitar asistencia. Si se cancela su servicio de servicios públicos, la empresa de servicios públicos no está obligada a restablecer el servicio, incluso aunque usted sea elegible para un beneficio de HEAP.**

### **Audiencias imparciales:**

Tiene ciertos derechos al presentar su solicitud de HEAP. Tiene derecho a que se le informe si su solicitud es aprobada o denegada en un plazo de treinta (30) días hábiles posteriores a la fecha en que el certificador de HEAP recibe su solicitud completa y firmada.

El tiempo de procesamiento de las solicitudes no comenzará hasta la apertura del programa, aunque es posible que haya recibido una solicitud antes de la fecha de apertura como parte de nuestro esfuerzo de divulgación. Tiene derecho a solicitar una conferencia o una audiencia imparcial si han pasado más de treinta (30) días hábiles desde que el certificador HEAP recibió su solicitud firmada y completada, o han pasado más de treinta (30) días hábiles desde que abrió el programa en caso de que el certificador haya recibido su solicitud antes de la apertura del programa, y no se le ha informado sobre la decisión de elegibilidad.

Si desea tener una conferencia, debe solicitarla lo antes posible. En la conferencia, si se determina que se tomó una decisión equivocada o si se cambia la decisión original debido a la información que proporciona, se tomarán medidas correctivas.

Si desea solicitar una conferencia, comuníquese con su distrito de servicios sociales local en [otda.ny.gov/programs/heap/contacts](http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts). Este paso es solo para solicitar una conferencia, no para pedir una audiencia justa. Si solicita o tiene una conferencia, todavía tiene derecho a una audiencia imparcial.

Las políticas y manuales de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados (OTDA) se publican en el sitio web de la OTDA en [otda.ny.gov/legal](http://otda.ny.gov/legal). Estas publicaciones y manuales están disponibles para usted o su representante para determinar si se debe solicitar una audiencia imparcial o para prepararse para una audiencia imparcial. Además, previa solicitud a su distrito local de servicios sociales, también estarán disponibles publicaciones de manuales y políticas específicas de la OTDA para ayudarlo a usted o a su representante.

Si vive en el Estado de Nueva York, puede solicitar una audiencia imparcial por teléfono, fax, Internet o escribiendo a la dirección que figura a continuación:

**Teléfono:** La línea gratuita para solicitudes para todo el Estado es 800-342-3334. Cuando llame, tenga a mano el aviso, si cuenta con él.

**Fax:** solicite una audiencia imparcial al 518-473-6735

**Por Internet:** complete el formulario de solicitud digital en [otda.ny.gov/oah/](http://otda.ny.gov/oah/)

**Por correo:** para avisos, complete el espacio proporcionado y envíe una copia del aviso, o escriba a:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201-1930

## **LDSS-3421-SP (Rev. 5/23)**

Si solicita una audiencia imparcial, el Estado de Nueva York le enviará un aviso de la hora y el lugar de la audiencia. Tiene derecho a ser representado por un abogado, un pariente, un amigo u otra persona, o a representarse usted mismo. En la audiencia, su abogado u otro representante tendrá la oportunidad de presentar pruebas de forma escrita u oral, así como la oportunidad de interrogar a las personas que comparezcan en la audiencia. Además, tiene derecho a traer testigos para que hablen a su favor. Debe traer a la audiencia cualquier documento que pueda ser útil para presentar su caso.

Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtener dicha asistencia comunicándose con la sociedad de asistencia legal local u otro grupo de defensa legal. Puede ubicar la sociedad de ayuda legal o el grupo de defensa más cercano consultando las páginas amarillas en la sección “abogados”.

Tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si lo solicita, tiene derecho a obtener copias gratuitas de los documentos que su Departamento de Servicios Sociales local presente como prueba en la audiencia imparcial. Además, si lo solicita, tiene derecho a obtener copias gratuitas de otros documentos del expediente de su caso que necesite para su audiencia imparcial. Para solicitar tales documentos o averiguar cómo puede revisar el expediente de su caso, comuníquese con su distrito de servicios sociales local en [otda.ny.gov/programs/heap/contacts](http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts).

Si necesita servicios de interpretación al español, comuníquese con la línea directa de la OTDA del Estado de Nueva York al 1-800-342-3009.

## **Otros programas para los que puede ser elegible:**

### **Asistencia para la Climatización**

También puede ser elegible para los programas de asistencia para la climatización a través de la Oficina de Renovación Comunitaria y de Viviendas del Estado de Nueva York (HCR) o la Autoridad de Investigación y Desarrollo de Energía del Estado de Nueva York (NYSERDA). Puede encontrar una lista de contactos de subcesionarios locales de climatización en [hcr.ny.gov/weatherization-providers](http://hcr.ny.gov/weatherization-providers). Para obtener más información sobre los servicios de energía disponibles de la NYSERDA, visite [nyserda.ny.gov](http://nyserda.ny.gov). Su firma en la solicitud de HEAP permite que se haga, en su nombre, una remisión e intercambio de información con los programas de asistencia para la climatización.

### **Programa de Servicios Públicos para Hogares de Bajos Ingresos**

También puede ser elegible para inscribirse en el programa para hogares bajos ingresos que implementa su empresa de servicios públicos. Su firma en la solicitud de HEAP permite que se haga, en su nombre, una remisión a su empresa de servicios públicos.



**Tipo de documentación aceptable**

<p><b>Residencia (dónde vive actualmente)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo de alquiler actual con el nombre y la dirección del arrendatario y del arrendador o contrato de arrendamiento con el nombre y la dirección</li> <li>• Factura de agua, alcantarillado, o impuestos</li> <li>• Póliza de seguro del propietario o arrendatario</li> <li>• Factura de servicios públicos</li> <li>• Libros/recibos de pago de la hipoteca con la dirección</li> </ul>	
<p><b>Identidad</b> Debe proporcionar uno o más de los siguientes documentos para cada persona en su hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Licencia de conducir</li> <li>• Identificación con foto</li> <li>• Pasaporte de EE. UU. o certificado de naturalización</li> <li>• Expedientes médicos o del hospital</li> <li>• Documentos de adopción</li> <li>• Registros escolares</li> <li>* Se requieren dos copias del comprobante.</li> <li>• Acta de nacimiento o de bautismo*</li> <li>• Número de Seguro Social validado*</li> <li>• Declaración de otra persona*</li> </ul>	
<p><b>Número de Seguro Social</b> Debe proporcionar números de Seguro Social válidos para todos los miembros del hogar que tengan uno.</p>	
<p><b>Personas vulnerables</b> Debe proporcionar uno de los siguientes documentos como prueba de que hay un miembro vulnerable en su hogar (niños menores de 6 años, adultos de 60 años o más, o cualquier persona con una discapacidad):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de nacimiento</li> <li>• Acta de bautismo con fecha de nacimiento</li> <li>• Carta de adjudicación de la SSA</li> <li>• Pasaporte</li> <li>• Licencia de conducir</li> <li>• Declaración escrita de elegibilidad para beneficios</li> </ul>	
<p><b>Situación del sistema de calefacción</b> Si paga una factura de combustible o servicios públicos, proporcione una copia de la factura de combustible/servicios públicos más reciente o un estado de cuenta de su proveedor. Si no paga la calefacción, proporcione el último recibo de alquiler con el nombre y la dirección del inquilino y el propietario, contrato de arrendamiento con el nombre y la dirección, o una declaración del propietario en la que indique que la calefacción está incluida en el alquiler.</p>	
<p><b>Ingresos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Talones de pago de las cuatro (4) últimas semanas</li> <li>• Si trabaja por cuenta propia, los registros comerciales de los tres (3) últimos meses o su declaración de impuestos federales del año en curso, incluidos todas las declaraciones complementarias correspondientes.</li> <li>• Ingresos/gastos de alquiler de los tres (3) últimos meses o su declaración de impuestos federales del año en curso, incluidos todos los anexos aplicables.</li> <li>• Sustento de menores o pensión alimenticia/conyugal</li> <li>• Declaración de intereses/bancaria/de dividendos o impositiva</li> <li>• Declaración del inquilino/pensionista</li> <li>Copia de la carta de asignación o de la correspondencia oficial para lo siguiente:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro social/de Ingreso Suplementario (SSI)</li> <li>• Beneficios para veteranos</li> <li>• Pensiones</li> <li>• Compensación laboral/por invalidez</li> <li>• Beneficios del seguro de desempleo</li> </ul> </li> </ul>	

**Las solicitudes pueden requerir documentación adicional. Se le dará una lista por separado de la documentación que debe proporcionar.**





# Formulario de registro de votantes en una agencia del estado de Nueva York

**"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿quisiera presentar la solicitud para registrarse aquí hoy?"**

**SÍ** Si marcó **SÍ**, complete la **SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE** de abajo

**NO**, porque opté por no registrarme **O**

Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual **O**

Solicité y recibí un formulario de registro por correo

*Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.*

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Escriba su nombre en letra de molde

## ¡Importante!

Registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Si lo necesita, lo ayudaremos a completar el formulario de solicitud de registro como votante. Es su decisión pedir o aceptar ayuda. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Rev. 05/04/2021

## SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

Sí, necesito solicitar una Boleta para votantes ausentes

Escriba en letra de molde o a máquina con tinta azul o negra

Si, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es <b>NO</b> , no complete este formulario.		2	A) ¿Tendrá 18 años el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		3	B) ¿Tiene al menos 16 años y entiende que debe tener 18 años el día de las elecciones o antes para votar y que, hasta que tenga 18 años al momento de dichas elecciones, su registro dirá "pendiente" y no podrá emitir ningún voto en ninguna elección? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		4	For Board Use Only		
	Si respondió <b>NO</b> a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.			Si respondió <b>NO</b> a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.			Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____					
3	Dirección donde vive (no proporcione un apartado postal) _____ N.º de apto. _____ Ciudad/Pueblo/Aldea _____ Código Postal _____ Condado _____		Dirección donde recibe la correspondencia (si es diferente de la anterior) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Oficina de correos _____ Código postal _____		Fecha de nacimiento _____ 7 Sexo (opcional) _____ 8 Teléfono (opcional) _____ Correo electrónico (opcional) _____		Año en que votó por última vez _____ Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____		En el condado/estado _____ Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) _____		9	
4	Dirección donde recibe la correspondencia (si es diferente de la anterior) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Oficina de correos _____ Código postal _____		Fecha de nacimiento _____ 7 Sexo (opcional) _____ 8 Teléfono (opcional) _____ Correo electrónico (opcional) _____		Año en que votó por última vez _____ Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____		En el condado/estado _____ Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) _____		9		Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)	
5	Fecha de nacimiento _____ 7 Sexo (opcional) _____ 8 Teléfono (opcional) _____ Correo electrónico (opcional) _____		Año en que votó por última vez _____ Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____		En el condado/estado _____ Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) _____		9		Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)		Declaración jurada: Juro o declaro que:	
6	Fecha de nacimiento _____ 7 Sexo (opcional) _____ 8 Teléfono (opcional) _____ Correo electrónico (opcional) _____		Año en que votó por última vez _____ Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____		En el condado/estado _____ Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) _____		9		Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)		Declaración jurada: Juro o declaro que:	
7	Fecha de nacimiento _____ 7 Sexo (opcional) _____ 8 Teléfono (opcional) _____ Correo electrónico (opcional) _____		Año en que votó por última vez _____ Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____		En el condado/estado _____ Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) _____		9		Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)		Declaración jurada: Juro o declaro que:	
8	Fecha de nacimiento _____ 7 Sexo (opcional) _____ 8 Teléfono (opcional) _____ Correo electrónico (opcional) _____		Año en que votó por última vez _____ Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____		En el condado/estado _____ Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) _____		9		Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)		Declaración jurada: Juro o declaro que:	
9	Fecha de nacimiento _____ 7 Sexo (opcional) _____ 8 Teléfono (opcional) _____ Correo electrónico (opcional) _____		Año en que votó por última vez _____ Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____		En el condado/estado _____ Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) _____		9		Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)		Declaración jurada: Juro o declaro que:	
10	Fecha de nacimiento _____ 7 Sexo (opcional) _____ 8 Teléfono (opcional) _____ Correo electrónico (opcional) _____		Año en que votó por última vez _____ Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____		En el condado/estado _____ Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) _____		9		Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)		Declaración jurada: Juro o declaro que:	
11	Fecha de nacimiento _____ 7 Sexo (opcional) _____ 8 Teléfono (opcional) _____ Correo electrónico (opcional) _____		Año en que votó por última vez _____ Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____		En el condado/estado _____ Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) _____		9		Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)		Declaración jurada: Juro o declaro que:	
12	Fecha de nacimiento _____ 7 Sexo (opcional) _____ 8 Teléfono (opcional) _____ Correo electrónico (opcional) _____		Año en que votó por última vez _____ Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____		En el condado/estado _____ Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) _____		9		Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)		Declaración jurada: Juro o declaro que:	

## (Opcional) Inscríbase para donar sus órganos y tejidos

Apellido _____		
Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Sufijo _____
Dirección _____		
N.º de apto. _____	Ciudad/Pueblo/Aldea _____	Código postal _____
Fecha de nacimiento _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Color de ojos _____	Estatura _____ pies _____ pulgadas	
Correo electrónico _____	Número del DMV o de id. de NYC _____	

Con su firma abajo, usted certifica que:

- tiene 16 años o más;
- otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- autoriza a la Junta Electoral a dar su nombre e información de identificación al Registro Donate Life™ del estado de Nueva York para que lo inscriban;
- autoriza al Registro a permitir el acceso a esta información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a los bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a otros hospitales autorizados por el comisionado de Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.



Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Calificaciones para el registro

## ¡Importante!

### Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre o dirección si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación;
- registrarse previamente para votar si tiene 16 o 17 años.

### Para registrarse, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años (puede registrarse previamente a los 16 o 17 años, pero no puede votar hasta que tenga 18);
- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;
- no estar en prisión condenado por un delito grave;
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar; y
- no haber sido declarado incompetente por un tribunal.

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir si quiere registrarse o presentar su solicitud de registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral:

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St, Suite 5  
Albany, NY 12207-2729  
Teléfono: 1-800-469-6872;

los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema de retransmisión del estado de Nueva York llamando al 711 o visitar nuestro sitio web: [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov).

Su decisión de registrarse será confidencial y se utilizará exclusivamente para fines del registro de votantes. La decisión de toda persona de no registrarse para votar o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales y se utilizarán exclusivamente para los fines del registro de votantes.

## Verificación de identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número del DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor), o los últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número del DMV o de Seguridad Social, puede usar una identificación válida con foto, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancaria, un cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y dirección. Con este formulario, puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

## Para completar este formulario:

**Es delito proporcionar un registro falso o dar información falsa a la Junta Electoral.**

*Casilla 9:* debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección de Verificación de identidad más arriba.

*Casilla 10:* si nunca ha votado, escriba "Ninguna". Si no recuerda cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación "?". Si antes votó con un nombre diferente, escriba ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

*Casilla 11:* marque únicamente una casilla. La inscripción en un partido político es opcional, pero, para votar en la elección primaria de un partido político, el votante debe afiliarse a ese partido político, a menos que las reglas estatales del partido permitan lo contrario.