

Programa de Asistencia para el Servicio de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP)

Solicitud de los beneficios

Enviar solicitud completada y firmada a: NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201

Información del solicitante o del hogar (en letra imprenta)

Esta solicitud debe ser completada por la persona que tiene la responsabilidad principal y directa del pago de la factura de agua potable y/o alcantarillado. La factura debe estar a nombre de dicha persona.

Nombre: _____ Apellido: _____ MI: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número de teléfono: _____ Fijo Móvil Condado de residencia: _____
 Dirección postal (si es diferente de la mencionada anteriormente): _____
 Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Agua potable

Se ha cortado su servicio: Sí No Tiene un aviso de corte: Sí No
 Solicito ayuda con: una factura vencida. una factura actual.
 Nombre del proveedor: _____ Número de cuenta: _____
 Período de servicio (si aparece en la factura) De: _____ Hasta: _____ Monto adeudado: \$ _____

Alcantarillado

Se ha cortado su servicio: Sí No Tiene un aviso de corte: Sí No
 Solicito ayuda con: una factura vencida. una factura actual.
 Nombre del proveedor: _____ Número de cuenta: _____
 Período de servicio (si aparece en la factura) De: _____ Hasta: _____ Monto adeudado: \$ _____

Agua potable y alcantarillado combinados

Se ha cortado su servicio: Sí No Tiene un aviso de corte: Sí No
 Solicito ayuda con: una factura vencida. una factura actual.
 Nombre del proveedor: _____ Número de cuenta: _____
 Período de servicio (si aparece en la factura) De: _____ Hasta: _____ Monto adeudado: \$ _____

Enumere a todos los miembros de su hogar, incluido usted. Adjunte tantas hojas adicionales como sea necesario.

Nombre	MI	Apellido	Sexo M/F	Identidad de género (Opcional)	Fecha de nacimiento	Relación conmigo	Número de Seguro Social	Ciudadano/Nacionalizado de EE. UU. o Migrante documentado
						Auto		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Hay algún miembro del hogar que reciba alguno de los siguientes beneficios? Programa de Asistencia Energética para Viviendas (Home Energy Assistance Program, HEAP), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Asistencia Temporal (TA) o Seguro de Ingreso Suplementario (SSI Living alone)

En caso afirmativo, ¿quién lo recibe? _____ Número(s) de caso: _____

¿Hay algún miembro del hogar que sea discapacitado o invidente? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

Ingresos: 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. Si recibe Medicare, introduzca el importe bruto e indique los importes pagados por la Parte B y/o D.

Nombre de la persona que lo recibe	Fuente de ingresos: (Nombre del empleador, Seguro Social, Seguro Social por Discapacidad, Manutención Infantil, Ingresos por Renta, etc.)	Frecuencia (Semanal, mensual, quincenal, etc.)	Importe bruto (antes de las deducciones)	Importes pagados por la Parte B y/o D de Medicare

Información importante y consentimientos: (Lea cuidadosamente antes de firmar)

Entiendo que al presentar esta solicitud toda la información es verdadera, completa y correcta. Entiendo que cualquier declaración falsa u otra tergiversación hecha intencionalmente por mí en relación con esta solicitud de beneficios del Programa de Asistencia para el Servicio de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP) puede derivar en que no se me considere elegible para recibir la asistencia pagada en mi nombre a mi proveedor de servicios de agua potable o de alcantarillado (proveedor). 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. La información que se proporciona en esta solicitud o que se descubra a través de la verificación puede ser divulgada a otras agencias estatales, federales y locales para su examen oficial y a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de investigar o enjuiciar delitos de fraude. Si surge un reclamo contra mi hogar, la información en esta solicitud, incluidos todos los SSN, puede ser remitida a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobranza de reclamos, para interponer recursos de cobranza de reclamos.

Entiendo que, al firmar esta solicitud, doy mi consentimiento para que la Oficina de Asistencia Temporal y para Personas con Discapacidades del Estado de Nueva York (OTDA) realice cualquier investigación por cualquier medio disponible para verificar o confirmar la información que he dado en relación con mi solicitud de beneficios de LIHWAP. La información que he proporcionado en mi solicitud de LIHWAP y los documentos que he proporcionado, se utilizarán para comprobar la identidad y pueden ser revelados o vueltos a revelar para verificar los ingresos obtenidos y no obtenidos y otras ayudas recibidas por mí y otros miembros del hogar, y para determinar si los solicitantes pueden recibir pagos u otras ayudas. Doy mi consentimiento a OTDA o a otro personal estatal, federal, local u otro autorizado para registrar, almacenar, acceder y utilizar la información proporcionada en esta solicitud y cualquier documento que haya proporcionado, así como la información proporcionada en cualquier conversación, texto u otro medio de comunicación con OTDA u otro personal estatal, federal, local u otro autorizado. Doy mi consentimiento expreso para la divulgación de la información proporcionada en esta solicitud o relacionada con mi elegibilidad para LIHWAP a cualquier entidad necesaria para la administración de LIHWAP, lo cual incluye, pero no se limita a, los distritos de servicios sociales, otras agencias o entidades locales y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS). También doy mi consentimiento para la divulgación y el uso de la información proporcionada en esta solicitud o relativa a mi elegibilidad para LIHWAP a cualquier otra entidad para evitar la duplicación de beneficios. Entiendo que OTDA puede solicitar información adicional en relación con mi solicitud de beneficios de LIHWAP, y estoy de acuerdo en proporcionar dicha información solicitada dentro del tiempo asignado por OTDA.

Entiendo y acepto que al proporcionar un número de teléfono o celular en esta solicitud o al solicitar que se me contacte a través de mensajes de texto (SMS/MMS), la OTDA puede usar ese número para llamar, enviar mensajes de texto o dejar mensajes de voz relacionados con LIHWAP. Es posible que se apliquen las tarifas estándar de mensajes de texto y datos del operador de telefonía móvil. Todo costo relacionado con la recepción de llamadas o mensajes de texto es responsabilidad de la persona que los recibe. El Estado de Nueva York y sus organismos no se responsabilizan y no aceptarán ni asumirán ninguna responsabilidad por daños, pérdidas, reclamos, gastos o costos, incluidos, entre otros, los costos de voz, texto y datos que puedan resultar de su solicitud de LIHWAP o estar relacionados con la misma. Consulte con su proveedor de servicios telefónicos los detalles sobre la recepción de llamadas o mensajes de texto (SMS/MMS). Los mensajes de texto o las llamadas pueden enviarse o realizarse mediante un sistema de marcación telefónica automática. Entiendo y acepto que al proporcionar una dirección de correo electrónico la correspondencia relativa a LIHWAP puede ser enviada por OTDA a la dirección de correo electrónico que proporcioné.

También doy mi consentimiento para permitir que la información provista en esta solicitud se use en derivaciones a los programas de asistencia de agua potable y/o alcantarillado, asistencia para climatización y a los programas para personas de bajos ingresos de mi compañía de servicios públicos. Entiendo que OTDA usará mi Número de Seguro Social para verificar con mis proveedores agua potable y/o alcantarillado si recibo beneficios del LIHWAP. Esta autorización también incluye mi permiso para que cualquiera de mis proveedores (incluida mi empresa de servicios públicos) divulgue cierta información estadística, que incluye, entre otros, el uso, consumo, costo anual e historial de pagos de agua potable o alcantarillado a OTDA y al HHS para fines de medición del desempeño del LIHWAP.

He leído y entendido los consentimientos anteriores y estoy de acuerdo con las autorizaciones y consentimientos mencionados. Entiendo y acepto que al firmar y presentar esta solicitud a OTDA, lo hago bajo pena de perjurio y afirmo que la información aquí contenida es verdadera, completa y correcta.

Nombre (letra imprenta) _____ Firma _____ Fecha: _____

Sección para uso de las agencias

Fecha de recepción: _____ Fecha del ingreso de datos: _____

Comentarios: _____

Instrucciones para los solicitantes

Enviar solicitud completada y firmada a:
 OTDA del Estado de Nueva York/LIHWAP
 PO Box 1789
 Albany, NY 12201

¿Qué necesitaré para realizar la solicitud? Los solicitantes deben incluir la siguiente documentación/información junto con esta solicitud:

- Comprobante de identidad del solicitante principal. Se solicita la documentación de identidad de todos los demás miembros del hogar, pero no es obligatoria.
- Comprobante de residencia. Debe vivir en la residencia para la que solicita la ayuda.
- Una factura de agua potable y/o alcantarillado en la que figure su residencia permanente y principal. La factura debe estar a nombre de la persona que completa la solicitud.
- Comprobante de ingresos del solicitante principal. Debe indicarse el importe de los ingresos de todos los demás miembros del hogar, pero no se requiere documentación.
- Un Número de Seguro Social (SSN) válido del solicitante principal. Se solicita el SSN de todos los demás miembros del hogar, pero no es obligatorio.

¿Quién debe completar y firmar la solicitud? Esta solicitud debe ser completada por la persona que tiene la responsabilidad principal y directa del pago de la factura de agua potable y/o alcantarillado.

¿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? Esto ayudará a procesar a tiempo su solicitud si se requiere información adicional.

¿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. Colóquese en primer lugar en el renglón 1.

Identidad de género: 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 o mujer. El sexo que informa aquí debe ser el mismo que el 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 de molde "Hombre" ("Male"), "Mujer" ("Female"), "No binario" ("Non-Binary"), "X" ("X"), "Transgénero" ("Transgender") o "Identidad diferente" ("Different Identity") en el espacio proporcionado. Si escribe "Identidad diferente", puede describir la identidad de esa persona en el espacio ofrecido.

Información para ciudadanos/migrante: Para recibir los beneficios del LIHWAP, usted debe ser ciudadano estadounidense, migrante documentado o nacionalizado no ciudadano de los Estados Unidos. Para más información sobre la condición de migrante documentado o de nacionalizado no ciudadano, comuníquese con la línea directa de la Oficina de Asistencia Temporal y para Personas con Discapacidades del Estado de Nueva York llamando al 1-800-342-3009 o visite el sitio web de OTDA en <http://www.otda.ny.gov>.

¿Debo proporcionar un Número de Seguro Social para todos? Se requiere un Número de Seguro Social válido para el solicitante y se solicita para todos los demás miembros del hogar. 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 deja esta sección en blanco para el miembro del hogar solicitante principal, su solicitud no podrá ser procesada, sino que quedará pendiente para obtener más información.

¿Cómo debo completar la sección de ingresos? ¿Necesitaré proporcionar evidencia? Enumere TODOS los ingresos obtenidos y no obtenidos 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 la renta, manutención infantil, embargos, seguro médico y cuotas sindicales. Debe presentar la documentación de todos los ingresos, tanto los obtenidos como los no obtenidos, incluidos los ingresos por cuenta propia y por renta del solicitante principal. Es posible que se le pida que proporcione evidencia de otros ingresos. 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.

Asegúrese de firmar y fechar la solicitud. La solicitud debe estar firmada por la persona que tiene la factura de agua potable y/o alcantarillado a su nombre.

Apelaciones: Se puede solicitar una apelación si han pasado más de treinta (30) días hábiles desde que OTDA recibió su solicitud firmada y completada y no se le ha comunicado la decisión con respecto a su elegibilidad. Las solicitudes incompletas pueden quedar pendientes durante un máximo de diez (10) días hábiles y el periodo pendiente no se cuenta en el plazo de treinta (30) días hábiles para realizar la notificación. Los solicitantes a los que se les deniega la asistencia o aquellos que no están de acuerdo con el monto que se les aprobó tienen sesenta (60) días desde la recepción de la determinación para solicitar una apelación. Las apelaciones pueden solicitarse por correo electrónico al NYSLIHWAP.appeals@otda.ny.gov, por teléfono al (833) 690-0208, o por escrito: NYS LIHWAP Floor 11B, 40 N. Pearl St. Albany, NY 12243.

Tipo de documentación aceptable

Residencia (dónde vive actualmente)

- Recibo de renta actual con el nombre y la dirección del arrendatario y del arrendador o contrato de arrendamiento con el nombre y la dirección
- Factura de agua potable, alcantarillado, o impuestos
- Póliza de seguro del propietario o arrendatario
- Factura de servicios públicos
- Libros/recibos de pago de la hipoteca con la dirección

Identidad

Debe proporcionar uno o más de los siguientes para el solicitante principal.

- Licencia de conducir
- Identificación con foto
- Pasaporte de EE. UU. o certificado de naturalización
- Acta de nacimiento o de bautismo*
- Número de Seguro Social validado*
- Declaración de otra persona*

***Se requieren dos formas de evidencia.**

Número de Seguro Social

Debe proporcionar un Número de Seguro Social (SSN) válido para el solicitante principal. Si no tiene un SSN, debe solicitarlo en la Administración del Seguro Social (SSA).

Verificación de agua potable y/o alcantarillado

Proporcione una copia de su factura más reciente de agua potable y/o alcantarillado, una factura de impuestos actual en la que se indiquen los gastos de agua potable y/o alcantarillado o una declaración de su proveedor. Si tiene facturas diferentes para el agua potable y el alcantarillado, proporcione copias de ambas facturas.

Ingresos:

- Talones de pago de las cuatro (4) últimas semanas
- 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 todos los anexos aplicables.
- Ingresos/gastos de renta de los tres (3) últimos meses o su declaración de impuestos federales del año en curso, incluidos todos los anexos aplicables.
- Manutención infantil o pensión alimenticia/conyugal
- Declaración de intereses/bancaria/de dividendos o impositiva
- Declaración del inquilino/pensionista

Copia de la carta de adjudicación o de la correspondencia oficial para lo siguiente:

- Seguro social/de Ingreso Suplementario (SSI)
- Beneficios para veteranos
- Pensiones
- Compensación laboral/por invalidez
- Beneficios del Seguro de Desempleo