

SOLICITUD DE ACLIMATACIÓN

Este espacio es para uso exclusivo de la agencia:

Fecha de recepción: _____ No. de trabajo _____ Edad (ocupante de mayor edad): _____

Ingresos actuales totales _____ Nivel de pobreza: 0-75% 101-125%

Calificación de puntos de prioridad: _____ 76-100% Más de 125%

Por favor, llene todas las secciones de la solicitud ya que el hecho de no hacerlo retrasará la aprobación. Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud y cómo llenarla, llame al _____.

NOMBRE: _____
PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

RAZA: NEGRA BLANCA HISPANA ASIÁTICA INDÍGENA OTRA _____

TELÉFONO (DOMICILIO) _____ (OTRO) _____ DIRECCIÓN POSTAL: _____

DIRECCIÓN No. DE APARTAMENTO CIUDAD CÓDIGO POSTAL CONDADO

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A LA CASA: _____

Tenga en cuenta que la Manutención de los Hijos (Child Support) y las Estampillas para Alimentos (Food Stamps) no se consideran ingresos. Solamente aceptaremos documentación de DHS sobre asistencia de AFDC/TEA. **MIEMBROS DEL HOGAR:** Comenzando con usted mismo, mencione cada una de las personas que vive en su hogar. Indique su fecha de nacimiento, número de seguridad social e indique si está discapacitada. Indique también cualquier ingreso que esté recibiendo y de dónde proviene. Si hay miembros adicionales, inclúyalos en una hoja aparte.

Nombre del miembro del hogar No. 1: _____ No. de SS: ___/___/___ Raza _____

Parentesco con el cabeza de familia: _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Discapacitado _____

Fecha de nacimiento: _____ Fuente de ingresos: _____ Ingresos mensuales brutos: _____

Extranjero legalizado: ___ Sí ___ No ___ N/A Fecha de legalización: _____

Miembro del hogar No. 2: Nombre _____ No. de SS: ___/___/___ Raza _____

Parentesco con el cabeza de familia: _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Discapacitado _____

Fecha de nacimiento: _____ Fuente de ingresos: _____ Ingresos mensuales brutos: _____

Extranjero legalizado: ___ Sí ___ No ___ N/A Fecha de legalización: _____

Miembro del hogar No. 3: Nombre _____ No. de SS: ___/___/___ Raza _____

Parentesco con el cabeza de familia: _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Discapacitado _____

Fecha de nacimiento: _____ Fuente de ingresos: _____ Ingresos mensuales brutos: _____

Extranjero legalizado: ___ Sí ___ No ___ N/A Fecha de legalización: _____

Miembro del hogar No. 4: Nombre _____ No. de SS: ___/___/___ Raza _____
Parentesco con el cabeza de familia: _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Discapacitado _____
Fecha de nacimiento: _____ Fuente de ingresos: _____ Ingresos mensuales brutos: _____
Extranjero legalizado: ___ Sí ___ No ___ N/A Fecha de legalización: _____

Miembro del hogar No. 5: Nombre _____ No. de SS: ___/___/___ Raza _____
Parentesco con el cabeza de familia: _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Discapacitado _____
Fecha de nacimiento: _____ Fuente de ingresos: _____ Ingresos mensuales brutos: _____
Extranjero legalizado: ___ Sí ___ No ___ N/A Fecha de legalización: _____

Miembro del hogar No. 6: Nombre _____ No. de SS: ___/___/___ Raza _____
Parentesco con el cabeza de familia: _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Discapacitado _____
Fecha de nacimiento: _____ Fuente de ingresos: _____ Ingresos mensuales brutos: _____
Extranjero legalizado: ___ Sí ___ No ___ N/A Fecha de legalización: _____

Miembro del hogar No. 7: Nombre _____ No. de SS: ___/___/___ Raza _____
Parentesco con el cabeza de familia: _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Discapacitado _____
Fecha de nacimiento: _____ Fuente de ingresos: _____ Ingresos mensuales brutos: _____
Extranjero legalizado: ___ Sí ___ No ___ N/A Fecha de legalización: _____

Miembro del hogar No. 8: Nombre _____ No. de SS: ___/___/___ Raza _____
Parentesco con el cabeza de familia: _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Discapacitado _____
Fecha de nacimiento: _____ Fuente de ingresos: _____ Ingresos mensuales brutos: _____
Extranjero legalizado: ___ Sí ___ No ___ N/A Fecha de legalización: _____

Miembro del hogar No. 9: Nombre _____ No. de SS: ___/___/___ Raza _____
Parentesco con el cabeza de familia: _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Discapacitado _____
Fecha de nacimiento: _____ Fuente de ingresos: _____ Ingresos mensuales brutos: _____
Extranjero legalizado: ___ Sí ___ No ___ N/A Fecha de legalización: _____

Miembro del hogar No. 10: Nombre _____ No. de SS: ___/___/___ Raza _____
Parentesco con el cabeza de familia: _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Discapacitado _____
Fecha de nacimiento: _____ Fuente de ingresos: _____ Ingresos mensuales brutos: _____
Extranjero legalizado: ___ Sí ___ No ___ N/A Fecha de legalización: _____

Miembro del hogar No. 11: Nombre _____ No. de SS: ___/___/___ Raza _____
Parentesco con el cabeza de familia: _____ Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Discapacitado _____
Fecha de nacimiento: _____ Fuente de ingresos: _____ Ingresos mensuales brutos: _____
Extranjero legalizado: ___ Sí ___ No ___ N/A Fecha de legalización: _____

Marque tantas opciones como sean aplicables en cada categoría.

Calidad de propietario	<input type="checkbox"/> Casa propia	<input type="checkbox"/> Está pagando la casa	<input type="checkbox"/> Casa alquilada	
Tipo de residencia	<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Dúplex	<input type="checkbox"/> Casa móvil o trailer
Tipo de exterior	<input type="checkbox"/> Mampostería/enchapado/estuco	<input type="checkbox"/> Estructura de madera	<input type="checkbox"/> Ladrillo	<input type="checkbox"/> Revestimiento exterior de vinilo o metálico
Pisos	<input type="checkbox"/> Un piso	<input type="checkbox"/> Dos pisos	<input type="checkbox"/> Con diferentes niveles	
Fuente de calefacción	<input type="checkbox"/> Gas natural	<input type="checkbox"/> LP (propano/butano)	<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Leña	<input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Otra
Aire acondicionado	<input type="checkbox"/> Unidades de ventana	<input type="checkbox"/> Unidad central	<input type="checkbox"/> Sin aire acondicionado	

Nombre de la fuente principal de calefacción: _____

Nombre del proveedor de electricidad: _____

.....

Exonero a _____ (Agencia CAA) de cualquier responsabilidad mientras realiza los procedimientos de aclimatación de mi casa, y doy permiso para que se utilicen fotografías e información para documentar casos de aclimataciones con buenos resultados en los medios informativos. Esto incluye el permiso para revisar los archivos de facturación de servicios públicos antes y después de hacer el trabajo de aclimatación con el único propósito de obtener datos para evaluar la efectividad del trabajo realizado en cuanto a la conservación de energía, y solicitarle a las compañías de servicios públicos y de combustibles correspondientes que pongan los registros a disposición del subcesionario de aclimatación antes mencionado.

Certifico que he recibido información sobre estos acuerdos y que entiendo totalmente las disposiciones. Por medio del presente documento, certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ Fecha: _____

.....

Este espacio es para uso exclusivo de la agencia.

CRITERIOS	PUNTOS		PUNTOS
Discapacitado	_____	Tiempo de espera	_____
Hijos	_____	Total de puntos	_____
Edad	_____		
Ingresos	_____		
Tipo de combustible	_____		
Condiciones de la vivienda	_____		

WEATHERIZATION APPLICATION

This space agency use only:

Date Received: _____ Job No. _____ Age (oldest occupant): _____
Total Current Income _____ Poverty Level: 0-75% 101-125%
Priority Points Score: _____ 76-100% Over 125%

Please complete all sections of the application, as failure to do so will result in the delay of approval. If you have any questions about the application and how to complete it please call _____.

HEAD OF HOUSEHOLD:

NAME: _____

SSN: _____ / _____ / _____ Sex: _____ Male _____ Female Race _____

Date of Birth: _____ Age _____ Disabled: YES _____ NO _____

Income Source: _____ Gross monthly income _____

PHONE (HOME) _____ (OTHER) _____ POSTAL ADDRESS: _____

STREET ADDRESS _____ APT. NUMBER _____ CITY _____ ZIP CODE _____ COUNTY _____

DIRECTIONS TO HOUSE: _____

Please note that Child Support and Food Stamps are not considered income. We will only accept DHS documentation of AFDC/TEA assistance.

HOUSEHOLD MEMBERS: Please list each person living in your household. List their date of birth, social security number, and indicate whether they are disabled. Also list any income they are receiving and its source. List additional members on a separate sheet.

HH member #1: Name _____ SSN #: _____ / _____ / _____ Race _____

Relationship to Head of Household: _____ Sex: _____ Male _____ Female

Date of Birth: _____ Income Source: _____ Gross Monthly Income: _____

Disabled: YES _____ NO _____ Legalized Alien: Yes _____ No _____ N/A _____ Date Legalized: _____

HH member #2: Name _____ SSN #: _____ / _____ / _____ Race _____

Relationship to Head of Household: _____ Sex: _____ Male _____ Female

Date of Birth: _____ Income Source: _____ Gross Monthly Income: _____

Disabled: YES _____ NO _____ Legalized Alien: Yes _____ No _____ N/A _____ Date Legalized: _____

HH member #3: Name _____ SSN #: ____/____/____ Race _____
Relationship to Head of Household: _____ Sex: ___ Male ___ Female
Date of Birth: _____ Income Source: _____ Gross Monthly Income: _____
Disabled: YES NO Legalized Alien: Yes No N/A Date Legalized: _____

HH member #4: Name _____ SSN #: ____/____/____ Race _____
Relationship to Head of Household: _____ Sex: ___ Male ___ Female
Date of Birth: _____ Income Source: _____ Gross Monthly Income: _____
Disabled: YES NO Legalized Alien: Yes No N/A Date Legalized: _____

HH member #5: Name _____ SSN #: ____/____/____ Race _____
Relationship to Head of Household: _____ Sex: ___ Male ___ Female
Date of Birth: _____ Income Source: _____ Gross Monthly Income: _____
Disabled: YES NO Legalized Alien: Yes No N/A Date Legalized: _____

HH member #6: Name _____ SSN #: ____/____/____ Race _____
Relationship to Head of Household: _____ Sex: ___ Male ___ Female
Date of Birth: _____ Income Source: _____ Gross Monthly Income: _____
Disabled: YES NO Legalized Alien: Yes No N/A Date Legalized: _____

HH member #7: Name _____ SSN #: ____/____/____ Race _____
Relationship to Head of Household: _____ Sex: ___ Male ___ Female
Date of Birth: _____ Income Source: _____ Gross Monthly Income: _____
Disabled: YES NO Legalized Alien: Yes No N/A Date Legalized: _____

HH member #8: Name _____ SSN #: ____/____/____ Race _____
Relationship to Head of Household: _____ Sex: ___ Male ___ Female
Date of Birth: _____ Income Source: _____ Gross Monthly Income: _____
Disabled: YES NO Legalized Alien: Yes No N/A Date Legalized: _____

HH member #9: Name _____ SSN #: ____/____/____ Race _____
Relationship to Head of Household: _____ Sex: ___ Male ___ Female
Date of Birth: _____ Income Source: _____ Gross Monthly Income: _____

Disabled _____
Children _____
Age _____
Income _____
Fuel Type _____

Housing Conditions _____
Subtotal _____
Length Time Waited _____
Total Points _____