

LA ADMISIÓN PREVIA AL SELECCIÓN NO GARANTIZA TU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS

- Las solicitudes de admisión se aceptarán por correo, se dejarán en tu oficina local de TCCA, por correo electrónico o fax
- El procesamiento de la admisión previa al cribado puede tardar **hasta 90 días**. En algunos casos, puede tardar más debido a **información o documentos faltantes**, la **época del año** o el **número de solicitudes ya en proceso**.
- Por favor, ten en cuenta:** sigues siendo responsable de pagar tus facturas de servicios. Presentar una solicitud de asistencia **no** garantiza que recibirás ayuda de TCCA. Esta admisión es solo para **finés de selección** y no garantiza la elegibilidad para los servicios. Toda la asistencia se **proporciona en función de la disponibilidad de fondos**.

DOCUMENTOS REQUERIDOS: PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR

A. Copias de prueba de ciudadanía - Cada miembro del hogar debe tener una de las siguientes instrucciones:

- Pasaporte estadounidense: Debe ser un pasaporte vigente y válido.
- Certificado de nacimiento de EE. UU.: Debe ser un certificado de nacimiento emitido por el estado según las estadísticas vitales. Si necesita ayuda para obtener un certificado de nacimiento de Estadísticas Vitales del Estado de TEXAS, contacte con Tri-County Community Action, Inc. (TCCA). Todos los demás estados deben contactar con la oficina de estadísticas vitales de su estado de origen para obtener certificados de nacimiento.
- Certificado o naturalización de ciudadanía estadounidense
- Estatus migratorio: (Al menos un familiar que resida en el hogar debe ser ciudadano estadounidense). Incluye la parte delantera y trasera de la Tarjeta de Residente Permanente, la Tarjeta de Extranjero de Residente o los Documentos de Inmigración.

B. Copias de prueba de identidad - Necesarias para TODOS los miembros

- Miembros mayores de 18 años: Carné de conducir, identificación emitida por el gobierno federal o estatal.
- Miembro MENOR de 18 años: Certificado de nacimiento y registros escolares de Estadísticas Vitales. - Tarjeta de la Seguridad Social
- Registros escolares de todos los niños que aparecen en tu solicitud y que están actualmente matriculados en la escuela.

C. Copias de Prueba de Ingresos - Necesarias para TODOS los miembros

- Últimos 30 días para lo siguiente:
- Todos los ingresos por empleo, SSI, SSDI, VA Carta de jubilación/discapacidad, jubilación de profesores, declaración de manutención infantil, prestaciones por desempleo/compensación laboral, y cualquier otro ingreso no listado.
- Carta de concesión para cupones de alimentos, TANF, carta de reembolso de servicios públicos del HUD y pensiones de jubilación. **Las cartas de concesión deben corresponder al año del programa en curso.** (Por ejemplo: vas a rellenar la solicitud en 2026, la carta de concesión debe ser para 2026).
- Para clientes autónomos, debes proporcionar tu información fiscal más actualizada.
- Los extractos bancarios no se consideran prueba de ingresos y no serán aceptados.**
- Si usted o algún miembro del hogar mayor de 18 años no puede proporcionar prueba de ingresos, deberá rellenar el formulario de Declaración de Ingresos explicando por qué no está disponible prueba de ingresos para la persona de su hogar que no tiene prueba de ingresos.

D. Copias de facturas de servicios — Incluye copias en el anverso y el reverso de las facturas de electricidad y gas natural

- NOTA: Es responsabilidad del solicitante negociar con su(s) proveedor(es) de servicios públicos por cantidades atrasadas impagadas.
- El proyecto de ley debe fecharse en los últimos 30 días desde la solicitud y estar activo. Las capturas de pantalla de un portal online o de un resumen de cuenta son inaceptables.
- También se requiere el historial de facturación de tu proveedor de servicios públicos.

E. Se pueden solicitar documentos adicionales dependiendo de los programas seleccionados.

DECLARACIÓN DE CONDUCTA DISRUPTIVA

Tri-County Community Action, Inc. está comprometida a ofrecer servicios de alta calidad para ayudarte a satisfacer tus necesidades y salir de la pobreza. Nuestro personal está formado y certificado para aplicar las normas y regulaciones de nuestros financiadores para satisfacer tus necesidades específicas. Tri-County Community Action, Inc. se reserva el derecho de negarte asistencia por conductas argumentativas, amenazantes, combativas y/o ataques físicos hacia nuestro personal y/o otras personas en cualquier propiedad o arrendada por Tri-County Community Action, Inc. Siempre que sea posible, nuestro personal puede intentar ayudarte por correo, correo electrónico,

POLÍTICA DE FRAUDE

Tri-County Community Action, Inc. (TCCA) es una organización privada sin ánimo de lucro que atiende a 10 condados de la región del este profundo de Texas a través de una variedad de programas diseñados para atender a familias que cumplen los requisitos. TCCA está comprometida a ofrecer servicios de alta calidad para ayudar a satisfacer las necesidades de las familias que cumplen los requisitos y ayudarles a salir de la pobreza. La intención de TCCA es atender a cada familia que entre por nuestras puertas, sin embargo, debemos determinar la elegibilidad de su familia. Para ello, debemos disponer de información precisa sobre cada aspecto de la solicitud. Tri-County Community Action, Inc. (TCCA) prohíbe el fraude de cualquier tipo. El fraude se define como

- cualquier acto u omisión intencionada destinada a engañar
- cualquier tergiversación de hechos o circunstancias
- cualquier declaración deshonesta o falsa que afecte la elegibilidad y asistencia de una familia a través de cualquiera de los programas administrados por Tri-County Community Action, Inc. (TCCA).

_____ Al inicializar aquí, estoy de acuerdo en que todas las declaraciones e información proporcionadas a cualquier miembro del personal de TCCA son verdaderas y correctas en la medida de mis capacidades y conocimientos.

AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR, LIBERAR Y CONSENTIR

Autorizo y ordeno a cualquier agencia, organización, empresa o individuo federal, estatal o local que libere a Tri-County Community Action, Inc. (TCCA) cualquier información o material necesario para completar y verificar mi solicitud de participación en un programa TCCA. _____ Entiendo y estoy de acuerdo en que esta autorización o la información obtenida con su uso puede ser utilizada en la administración y aplicación de las normas y políticas del programa. Entiendo que, dependiendo de las políticas y requisitos del programa, se puede solicitar información previa o actual sobre mí o mi hogar, esto incluye, pero no se limita a:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| • Identidad y estado civil | • Asignaciones médicas |
| • Residencias y actividad de alquiler | • Asignaciones para el cuidado infantil |
| • Renta | • Crédito y actividad delictiva |

Entiendo que esta autorización no puede utilizarse para obtener información sobre mí que no sea relevante para mi elegibilidad y participación continua en un programa TCCA. Los grupos o individuos a los que se les puede pedir que faciliten la información anterior (dependiendo de los requisitos del programa) incluyen, pero no se limitan a:

- | | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| • Propietarios anteriores | • Compañías de servicios públicos | • Instituciones financieras |
| • Administración de Veteranos | • Agencias de Vivienda Pública | • Proveedores médicos |
| • Administración de la Seguridad Social | • Escuelas y colegios | • Proveedores de cuidado infantil |
| • Jubilación | • Fuerza laboral/Trabajo en Texas | • Tribunal |
| • Pensión | • Agencias de Aplicación de la Ley | • Oficinas de Manutención Infantil |
| • Administración de Familia y Servicios Sociales (FSSA) | • Agencias y proveedores de crédito | |
| • Departamento de Servicios Infantiles | • Empleadores | |
| | • Proveedores de apoyo y pensión alimenticia | |

Entiendo y estoy de acuerdo en que TCCA puede llevar a cabo programas informáticos de emparejamiento para verificar la información proporcionada para mi solicitud o recertificación. Si se realiza una coincidencia informática, entiendo que tengo derecho a intercambiar dicha información con otras agencias federales, estatales o locales, incluyendo pero no limitándose a agencias estatales de Seguridad Laboral; Departamento de Defensa; Oficina de Gestión de Personal; Servicio Postal de EE. UU.; Administración de la Seguridad Social; agencias estatales de bienestar; agencias de cupones de alimentos (SNAP); Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA); y el Departamento de Servicios Infantiles.

Estoy de acuerdo en que una fotocopia de esta autorización puede utilizarse para los fines mencionados anteriormente. Esta autorización seguirá vigente mientras siga siendo solicitante/participante/residente en cualquier programa administrado por TCCA.

Entiendo que negarse a firmar este formulario o cualquier formulario de consentimiento requerido puede resultar en la denegación de la asistencia o la terminación de los beneficios del programa TCCA.

_____ Al inicializar aquí, entiendo y reconozco que la información anterior puede obtenerse para los fines aquí proporcionados.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN

El propósito de compartir información con otros programas de TCCA y/o organizaciones de servicio público es permitir que el personal autorizado que utiliza el sistema colabore, identifique, coordine y evalúe los servicios necesarios. Esta colaboración no solo ayudará en la gestión de casos, mejorará los servicios, reducirá la cantidad de información que debe proporcionarse repetidamente a cada agencia y permitirá que otras agencias accedan más rápidamente a información sobre mí si es necesario.

_____ Al inicializar aquí, también entiendo y reconozco que mi elegibilidad y solicitud pueden usarse para derivación, discusión y comparación con/desde otros programas y servicios de TCCA.

_____ Al inicializar aquí, doy mi consentimiento para que TCCA divulgue información sobre mi caso/servicios en TCCA a los mismos grupos o individuos mencionados anteriormente para los fines aquí indicados.

TERMINACIÓN DE SERVICIOS

Además, entiendo que puedo ser despedido inmediatamente de los programas proporcionados por TCCA por las siguientes infracciones, ya sea cometidas por mí, el solicitante o cualquier miembro del hogar:

1. Cualquier tipo de confrontación física, comportamiento beligerante o amenazante hacia un miembro del personal u otra persona dentro o fuera de cualquier oficina de la TCCA.
2. El abuso verbal incluye insultos o en presencia de un menor, persona mayor o miembro del personal, o cualquier otra persona, dentro o fuera de cualquier oficina de TCCA. Esto también incluye publicaciones en redes sociales.
3. Acoso sexual o insinuaciones hacia un miembro del personal o cualquier otra persona dentro o fuera de cualquier oficina de TCCA.
4. Proporcionar información falsa o engañosa sobre **cualquier** miembro o miembros del hogar.
5. Robo a un miembro de la agencia, del personal o de cualquier otra persona dentro o fuera de cualquier oficina de la TCCA.
 - El robo puede incluir, pero no se limita a, no devolver fondos de la TCCA, si es necesario, y/o falsificación.
6. Violación de la política de TCCA sobre porte oculto y de porte abierto de armas y armas de fuego.

_____ **Al poner las iniciales aquí, reconozco que, una vez despedido, no se me permitirá volver a solicitar ningún servicio con TCCA durante un periodo de 1-2 años, dependiendo de la gravedad de la infracción; y la prohibición de servicios seguirá vigente incluso si la(s) persona(s) que cometió la infracción se marchan.**

Reconozco que toda la documentación de la infracción se mantendrá en mi expediente de cliente; y que tengo derecho a apelar por escrito al Director de Programa correspondiente en un plazo de 10 días desde la infracción.

La TCCA tiene derecho a informar de cualquier actividad o solicitud fraudulenta al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas, u otra agencia reguladora, para una investigación adicional y/o un proceso penal.

ENTIENDO QUE ESTOY SUJETO A UN PROCESO JUDICIAL POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO EN CUALQUIER SOLICITUD PRESENTADA A TCCA.

POLÍTICA DE APELACIÓN

Si crees que te han denegado los servicios injustamente, tienes 10 días para apelar esa decisión. Debes **enviar** por correo una declaración por escrito explicando por qué crees que te han denegado los servicios junto con una copia de la carta de denegación que recibiste para:

Acción Comunitaria Tri-County, Inc.

Director de Programas del Departamento de Servicios Sociales

Cajón de correos 1748

Center, TX 75935

En nuestros esfuerzos continuos por ofrecer servicios de calidad de manera justa a todos los condados, no se aceptarán apelaciones enviadas por correo electrónico, fax, entregadas en mano o por entrega.

Mi firma a continuación indica que he leído y comprendido las siguientes políticas de la TCCA:

- Política de fraude
- Autorización para discutir, liberar y consentir
- Terminación de los servicios
- Política de Apelación

Solicitante/Jefe de familia (impreso)

Solicitud/Firma de Jefe de Hogar

Fecha

Miembro adulto del hogar (impreso)

Firma de un miembro adulto del hogar

Fecha


Miembro adulto del hogar (impreso)

Firma de un miembro adulto del hogar

Fecha

Firma del personal de la TCCA

Fecha

	Agencia de Acción Comunitaria Tri-County, Inc. <i>Una Agencia de Acción Comunitaria que presta servicios a niños y a la comunidad</i> Sirviendo: los condados de Harrison, Jasper, Newton, Panola, Sabine, San Augustine, Shelby, Tyler y Upshur (Consulte la información de su condado que se indica a continuación)	SOLO USO DE OFICINA Fecha de recepción: ____/____/2026 <input type="checkbox"/> Anciano <input type="checkbox"/> Declarado Médicamente Discapacitado por un Médico (se requiere prueba) <input type="checkbox"/> Niño de 5 años o menos

INFORMACIÓN SOBRE EL JEFE DE FAMILIA (SOLICITANTE)			
Número: _____		Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____	Edad: _____
Físico Dirección: _____	Calle, ciudad, código postal		Mailing Dirección: _____ Calle, ciudad, código postal
Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home	Correo electrónico: _____	
Seguridad Social#: _____-_____-_____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Niña/Niño			
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiao Nativo/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial/Birracial		
Seguro de enfermedad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así (por favor, revisa todo lo que se aplica a TI) <input type="checkbox"/> Medicaid basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Sanidad <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano en activo <input type="checkbox"/> Que Nunca Sirvió <input type="checkbox"/> Veterano Retirado	¿Un médico te ha declarado oficialmente discapacitado médicamente? Si no, por favor marca "NO" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nivel máximo de educación completado: _____	<input type="checkbox"/> 0-8° <input type="checkbox"/> 9°-12° (No Graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos Estudios <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Estado laboral: _____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses <input type="checkbox"/> Trabajador migrante/temporal <input type="checkbox"/> Jubilado		
TIPO DE FAMILIA (SELECCIONA UNO)			
Número de personas en el hogar: _____ personas <input type="checkbox"/> Persona soltera <input type="checkbox"/> 2 Adultos, sin hijos <input type="checkbox"/> 2 Padres <input type="checkbox"/> Hogar monoparental <input type="checkbox"/> Mujer monoparental <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Hombre soltera <input type="checkbox"/> Multigeneracional			
TIPO DE VIVIENDA			
<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otros: _____			
ESTADO DE LA VIVIENDA			
<input type="checkbox"/> Propietario/Compra <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> HUD o vivienda pública <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para vivienda <input type="checkbox"/> Otros: _____			
Nombre del propietario: _____ Dirección del propietario: _____			


LISTA DE TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR

Miembro de la Cámara #2:	Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Bisnieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		
Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:
Seguridad Social #:		Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Nativo American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaia/Nativo/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial/Birracial	
Nivel máximo de educación completado:		<input type="checkbox"/> 0-8° <input type="checkbox"/> 9°-12° (No Graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos Estudios <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Seguro de enfermedad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así (por favor, revisa todo lo que se aplica a TI) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos		
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano en activo <input type="checkbox"/> Que Nunca Sirvió <input type="checkbox"/> Veterano Retirado		¿Un médico te ha declarado oficialmente discapacitado médicamente? Si no, por favor marca "NO" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo libre <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante/Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (Ni en la Fuerza Laboral) <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Jubilado			
Beneficios no monetarios del hogar (seleccione todos los que se apliquen): <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) \$ _____/mes <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Bono de Elección de Vivienda (HUD) <input type="checkbox"/> Subvención Permanente de Vivienda Apoyada de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado infantil			
Jóvenes desconectados: (Selecciona uno): <input type="checkbox"/> Mayores de 24 años <input type="checkbox"/> En la escuela per no trabaja <input type="checkbox"/> En la escuela pero trabaja <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> No está en la escuela <input type="checkbox"/> Trabaja pero no está en la escuela			

Miembro de la Cámara #3:	Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Bisnieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		
Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:
Seguridad Social #:		Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Nativo American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaia/Nativo/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial/Birracial	
Nivel máximo de educación completado:		<input type="checkbox"/> 0-8° <input type="checkbox"/> 9°-12° (No Graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos Estudios <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Seguro de enfermedad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así (por favor, revisa todo lo que se aplica a TI) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos		
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano en activo <input type="checkbox"/> Que Nunca Sirvió <input type="checkbox"/> Veterano Retirado		¿Un médico te ha declarado oficialmente discapacitado médicamente? Si no, por favor marca "NO" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo libre <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante/Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (Ni en la Fuerza Laboral) <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Jubilado			
Beneficios no monetarios del hogar (seleccione todos los que se apliquen): <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) \$ _____/mes <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Bono de Elección de Vivienda (HUD) <input type="checkbox"/> Subvención Permanente de Vivienda Apoyada de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado infantil			
Jóvenes desconectados: (Selecciona uno): <input type="checkbox"/> Mayores de 24 años <input type="checkbox"/> En la escuela per no trabaja <input type="checkbox"/> En la escuela pero trabaja <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> No está en la escuela <input type="checkbox"/> Trabaja pero no está en la escuela			

Miembro de la Cámara #4:	Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Bisnieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		
Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:
Seguridad Social #:		Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Nativo American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaia/Nativo/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial/Birracial	
Nivel máximo de educación completado:		<input type="checkbox"/> 0-8° <input type="checkbox"/> 9°-12° (No Graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos Estudios <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Seguro de enfermedad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así (por favor, revisa todo lo que se aplica a TI) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos		
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano en activo <input type="checkbox"/> Que Nunca Sirvió <input type="checkbox"/> Veterano Retirado		¿Un médico te ha declarado oficialmente discapacitado médicamente? Si no, por favor marca "NO" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo libre <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante/Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (Ni en la Fuerza Laboral) <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Jubilado			
Beneficios no monetarios del hogar (seleccione todos los que se apliquen): <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) \$ _____/mes <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Bono de Elección de Vivienda (HUD) <input type="checkbox"/> Subvención Permanente de Vivienda Apoyada de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado infantil			
Jóvenes desconectados: (Selecciona uno): <input type="checkbox"/> Mayores de 24 años <input type="checkbox"/> En la escuela per no trabaja <input type="checkbox"/> En la escuela pero trabaja <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> No está en la escuela <input type="checkbox"/> Trabaja pero no está en la escuela			
Miembro de la Cámara #5:	Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Bisnieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		
Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:
Seguridad Social #:		Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Nativo American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaia/Nativo/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial/Birracial	
Nivel máximo de educación completado:		<input type="checkbox"/> 0-8° <input type="checkbox"/> 9°-12° (No Graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos Estudios <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Seguro de enfermedad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así (por favor, revisa todo lo que se aplica a TI) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos		
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano en activo <input type="checkbox"/> Que Nunca Sirvió <input type="checkbox"/> Veterano Retirado		¿Un médico te ha declarado oficialmente discapacitado médicamente? Si no, por favor marca "NO" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo libre <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante/Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (Ni en la Fuerza Laboral) <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Jubilado			
Beneficios no monetarios del hogar (seleccione todos los que se apliquen): <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) \$ _____/mes <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Bono de Elección de Vivienda (HUD) <input type="checkbox"/> Subvención Permanente de Vivienda Apoyada de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado infantil			
Jóvenes desconectados: (Selecciona uno): <input type="checkbox"/> Mayores de 24 años <input type="checkbox"/> En la escuela per no trabaja <input type="checkbox"/> En la escuela pero trabaja <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> No está en la escuela <input type="checkbox"/> Trabaja pero no está en la escuela			
Miembro de la Cámara #6:	Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Bisnieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		
Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:
Seguridad Social #:		Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Nativo American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaia/Nativo/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial/Birracial	
Nivel máximo de educación completado:		<input type="checkbox"/> 0-8° <input type="checkbox"/> 9°-12° (No Graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos Estudios <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Seguro de enfermedad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así (por favor, revisa todo lo que se aplica a TI) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos		
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano en activo <input type="checkbox"/> Que Nunca Sirvió <input type="checkbox"/> Veterano Retirado		¿Un médico te ha declarado oficialmente discapacitado médicamente? Si no, por favor marca "NO" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo libre <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante/Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (Ni en la Fuerza Laboral) <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Jubilado			
Beneficios no monetarios del hogar (seleccione todos los que se apliquen): <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) \$ _____/mes <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Bono de Elección de Vivienda (HUD) <input type="checkbox"/> Subvención Permanente de Vivienda Apoyada de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado infantil			
Jóvenes desconectados: (Selecciona uno): <input type="checkbox"/> Mayores de 24 años <input type="checkbox"/> En la escuela per no trabaja <input type="checkbox"/> En la escuela pero trabaja <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> No está en la escuela <input type="checkbox"/> Trabaja pero no está en la escuela			

Miembro de la Cámara #7:	Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Bisnieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		
Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:
Seguridad Social #:		Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Nativo American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaia/Nativo/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial/Birracial	
Nivel máximo de educación completado:		<input type="checkbox"/> 0-8º <input type="checkbox"/> 9º-12º (No Graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos Estudios <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Seguro de enfermedad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así (por favor, revisa todo lo que se aplica a TI) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos		
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano en activo <input type="checkbox"/> Que Nunca Sirvió <input type="checkbox"/> Veterano Retirado		¿Un médico te ha declarado oficialmente discapacitado médicamente? Si no, por favor marca "NO" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo libre <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante/Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (Ni en la Fuerza Laboral) <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Jubilado			
Beneficios no monetarios del hogar (seleccione todos los que se apliquen): <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) \$ _____/mes <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Bono de Elección de Vivienda (HUD) <input type="checkbox"/> Subvención Permanente de Vivienda Apoyada de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado infantil			
Jóvenes desconectados: (Selecciona uno): <input type="checkbox"/> Mayores de 24 años <input type="checkbox"/> En la escuela per no trabaja <input type="checkbox"/> En la escuela pero trabaja <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> No está en la escuela <input type="checkbox"/> Trabaja pero no está en la escuela			
Miembro de la Cámara #8:	Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Bisnieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		
Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:
Seguridad Social #:		Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Nativo American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaia/Nativo/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial/Birracial	
Nivel máximo de educación completado:		<input type="checkbox"/> 0-8º <input type="checkbox"/> 9º-12º (No Graduado) <input type="checkbox"/> Graduado de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algunos Estudios <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Seguro de enfermedad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así (por favor, revisa todo lo que se aplica a TI) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos		
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano en activo <input type="checkbox"/> Que Nunca Sirvió <input type="checkbox"/> Veterano Retirado		¿Un médico te ha declarado oficialmente discapacitado médicamente? Si no, por favor marca "NO" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo libre <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante/Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado (a corto plazo, 6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado (Ni en la Fuerza Laboral) <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Jubilado			
Beneficios no monetarios del hogar (seleccione todos los que se apliquen): <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) \$ _____/mes <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Bono de Elección de Vivienda (HUD) <input type="checkbox"/> Subvención Permanente de Vivienda Apoyada de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vale para cuidado infantil			
Jóvenes desconectados: (Selecciona uno): <input type="checkbox"/> Mayores de 24 años <input type="checkbox"/> En la escuela per no trabaja <input type="checkbox"/> En la escuela pero trabaja <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/> No está en la escuela <input type="checkbox"/> Trabaja pero no está en la escuela			
PRESENTAR INFORMACIÓN SOBRE NECESIDADES/PRIORIDAD: ¿CON QUÉ NECESITAS AYUDA Y POR QUÉ?  Seleccionar servicios en esta solicitud no garantiza la aprobación ni la recepción de dichos servicios. Toda la ayuda está sujeta a la disponibilidad de financiación. Esta página debe completarse completamente; no se aceptarán espacios en blanco ni preguntas sin respuesta. Las solicitudes incompletas no serán procesadas y podrán ser incluidas en lista de espera. Sin excepciones. (Revisa todo lo que aplica) <input type="checkbox"/> Factura de electricidad <input type="checkbox"/> Factura de gas <input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler <input type="checkbox"/> Asistencia de medicamentos <input type="checkbox"/> Despensa de alimentos <input type="checkbox"/> Climatización (solo derivación) <input type="checkbox"/> Head Start o Early Head Start <input type="checkbox"/> Asistencia para el GED <input type="checkbox"/> Clases universitarias <input type="checkbox"/> Uniformes/herramientas <input type="checkbox"/> Derivación de empleo <input type="checkbox"/> Servicios para veteranos (solo por derivación) <input type="checkbox"/> Gestión de casos <input type="checkbox"/> Educación financiera <input type="checkbox"/> Otros: _____ ¿Por qué necesita ayuda de TCCA, Inc. hoy en día? (Esta información es necesaria o no se proporcionará ayuda)			

Si está interesado en recibir asistencia alimentaria a través de la despensa de alimentos de TCCA, puede designar un representante (una persona legalmente autorizada para actuar en su nombre) para recoger su comida cuando usted no pueda hacerlo. Ten en cuenta que solo puede aparecer un apoderado por solicitud. **Se requiere la siguiente información para el proxy:**

Número:	Dirección:	Ciudad/código postal:
Teléfono fijo:	Teléfono celular:	

INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS DE SERVICIOS PÚBLICOS

Proveedor eléctrico	Nº de cuenta	Nombre de la cuenta	Relación contigo
Proveedor de gas natural	Nº de cuenta	Nombre de la cuenta	Relación contigo
Proveedor de propano	Nº de cuenta	Nombre de la cuenta	Relación contigo

¿Qué electrodoméstico se utiliza para enfriar la casa?	(Por favor, elige todos los que se aplican) <input type="checkbox"/> Unidad central <input type="checkbox"/> Unidad de ventana <input type="checkbox"/> Ventilador(es) de techo(s) <input type="checkbox"/> Ventilador(es) de caja <input type="checkbox"/> Ventilador de desván <input type="checkbox"/> Otros:
---------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Qué electrodoméstico se utiliza para calentar la casa?	(Por favor, cubre todo lo que se aplique) <input type="checkbox"/> Unidad central <input type="checkbox"/> Unidad de ventana <input type="checkbox"/> Calentador de gas natural <input type="checkbox"/> Calentador de propano <input type="checkbox"/> Otros:
----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Qué tipo de cocina se utiliza? ☐ Gas Natural ☐ Eléctrico ☐ Propano

¿Funciona bien tu aire acondicionado o calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita reparación del aire acondicionado o del calefactor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONSEJOS PARA AHORRAR ENERGÍA:

_____ Por primera vez aquí, reconozco que he recibido una copia de los *Consejos de Ahorro de Energía* adjuntos a esta solicitud para ayudarme a hacer mi hogar más eficiente energéticamente. También entiendo que si esta información se devuelve con mi solicitud, la solicitud se considerará incompleta.

ENTREGA LA SOLICITUD EN MANO, POR CORREO, CORREO ELECTRÓNICO O FAX A LA UBICACIÓN DEL CONDADO QUE APARECE A CONTINUACIÓN

Si envías tu solicitud por correo, debes incluir copias de todos los documentos requeridos. Tenga en cuenta que cualquier documento presentado se conservará en su expediente y no será devuelto. Si no se proporcionan todos los documentos requeridos, tu solicitud se incluirá en una lista de espera. Se le contactará una vez—por teléfono o por correo—para informarle de cualquier objeto perdido. **NOTA: Dispondrá de 10 días laborables para proporcionar la información. Después de eso, tu solicitud será descartada y no se ofrecerán servicios.**

CONDADO	DIRECCIÓN FÍSICA / POSTAL	NÚMERO DE TRABAJO/FAX	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
Harrison	505 E. Travis St. Suite 115, Marshall, TX 75670 Añadido de correo: Cajón de correos 1748, Centro, TX 75935	903-934-9892 (Trabajo) 903-797-3043 (fax)	beubanks@tccainc.org
Jasper/Newton/Tyler	1201 Cardinal Dr., Woodville, TX 75979 La dirección postal es la misma que la dirección física	409-283-7867 (Trabajo) 409-331-9116 (fax)	pswanson@tccainc.org
Panola	1501 W. Sabine St., Carthage, TX 75633 Añadido de correo: Cajón de correos 1748, Centro, TX 75935	903-931-2177 (Trabajo) 903-797-3043 (fax)	standley@tccainc.org
Sabine/Shelby	507 Crawford St., Center, TX 75935 Añadido de correo: Cajón de correos 1748, Centro, TX 75935	936-598-6315, ext. 500 (Trabajo) 936-598-7377 (fax)	pnash@tccainc.org
San Agustín	507 Crawford St., Center, TX 75935 Añadido de correo: Cajón de correos 1748, Centro, TX 75935	936-598-6315, ext. 501 (Trabajo) 936-598-7377 (fax)	standley@tccainc.org
Upshur	1561 State Hwy 271 N., Suite #A, Gilmer, TX 75644 La dirección postal es la misma que la dirección física	903-843-0604 (Trabajo) 903-797-3043 (fax)	beubanks@tccainc.org

DECLARACIÓN DE INGRESOS

Nombre del solicitante	Apellido del solicitante	Sufijo
Dirección	Ciudad	Código Postal

Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó más, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 días antes del aplicar para asistencia

Número	Ingreso Bruto Recibido
Número	Ingreso Bruto Recibido
Número	Ingreso Bruto Recibido
Número	Ingreso Bruto Recibido

Mi hogar no tiene prueba documentada de ingresos debido a la siguiente situación:

Yo certifico que la información proveida de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.

Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveido información falsa ó fraudulenta.

(Firma del solicitante/Firma del Solicitante)

(Fecha/Fecha)

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS

Formulario de verificación del estado del hogar



Sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE) y Ciudadanía de EE. UU./Nacional estadounidense

Formulario de certificación para solicitantes de subreceptores de CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP, y SHTF, ESG, HHSP, EH (solo subdivisión política)

El programa al que solicitas requiere verificar que eres ciudadano estadounidense, no ciudadano o residente legal de Estados Unidos. Se requiere documentación de tu estado. Esta agencia utiliza el Sistema de Verificación Sistemática de Extranjeros para Derechos (SAVE) para verificar el estatus de los no ciudadanos.

Nombre de miembro del hogar	Ciudadano estadounidense (nacido o naturalizado) o nacional estadounidense (Sí/No)	Extranjero cualificado (Sí/No)	SOLO USO EN OFICINA: Documentación proporcionada para:	
			Ciudadanía/Extranjero cualificado	Identificación

Para añadir más miembros del hogar, utilice otra copia de este formulario.

SOY CONSCIENTE DE QUE PUEDO SER PROCESADO POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO.

--	--

Firma del solicitante

Fecha

--	--	--

Firma del personal de la agencia certificando que han verificado los documentos anteriores

Nombre del personal de impresión

Fecha

CONSEJOS PARA AHORRAR ENERGÍA

! Importante: No pases esta página con tu solicitud. Guárdalo para tus registros. Si lo devuelves, tu solicitud quedará marcada como incompleta.

Cada mes pagas para alimentar tu casa. Tú pagas la electricidad. Pagas el aire acondicionado. Tú pagas el agua. Todos esos costes se acumulan. Puedes ahorrar dinero en cada una de esas facturas haciendo que tu hogar sea más eficiente energéticamente. La eficiencia energética significa aprovechar al máximo cada unidad de energía que compras; usar la energía sabiamente; y eliminar las formas en que tu hogar desperdicia energía

ILUMINACIÓN

LO QUE PUEDES HACER:

- **APAGA LAS LUCES.** Una bombilla de 100 vatios encendida durante la noche cuesta 25 dólares al año.
- **CAMBIA A BOMBILLAS FLUORESCENTES COMPACTAS (CLF).** Una vivienda típica puede ahorrar 80 dólares al año, según la Agencia de Protección Ambiental de EE. UU.
- **COMPRA OFERTAS DE OFERTAS.** Las tiendas suelen tener ofertas de CFLs, especialmente en octubre, que es el Mes de Concienciación Energética.
- **COGE LA BOMBILLA ADECUADA.** Las bombillas con reguladores de intensidad, enchufes de tres vías y otras formas especiales necesitan CFL especiales.
- **COMPRA LUMINARIAS Y LÁMPARAS ENERGY STAR.** Consumen una cuarta parte de la energía que consumen los accesorios tradicionales.
- **MANTÉN LAS LUCES LIMPIAS.** El polvo puede reducir la luz de una bombilla en un 25%.
- **DESHAZTE DE LAS LC.** Al igual que la pintura, las baterías y los termostatos, las CFL deben desecharse correctamente. No los tires a la basura de tu casa. Si es posible, deposita en una instalación de residuos peligrosos de tu comunidad.

AGUA

LO QUE PUEDES HACER:

- **INSTALA ALPOSAS DE DUCHA DE BAJO CAUDAL.** Utilizan entre un tercio y la mitad del agua que usan las duchas normales.
- **BAJA EL TERMOSTATO DEL CALENTADOR DE AGUA A 12°F.** Ahorrarás dinero y te protegerás de accidentes quemaduras.
- **COMPRA UN CALENTADOR DE AGUA QUE SE ADAPTE A TUS NECESIDADES.** Si compras un calentador de agua nuevo que es demasiado grande, pagarás por calentar agua que no necesitas. Eso es un desperdicio tanto de energía como de dinero.
- **DÚCHATE UN POCO MÁS.** Usan menos agua caliente que los baños.
- **ARREGLA LOS GRIFOS DE AGUA QUE GOTAN.** 30 gotas de agua por minuto pueden desperdiciar hasta 50 galones de agua al mes.
- **INSTALA AIREADORES DE BAJO CAUDAL EN LOS GRIFOS.** Reducen la cantidad de agua que fluye del grifo, ahorrando tanto agua como energía.

LAVANDERÍA

LO QUE PUEDES HACER:

- **LAVA CON AGUA FRÍA EN VEZ DE CALIENTE.** El agua caliente solo es necesaria para la ropa muy sucia.
- **LAVA Y SECA SOLO CARGAS COMPLETAS.** Las máquinas consumen aproximadamente la misma cantidad de agua y energía para lavar o secar un objeto que para una carga completa.
- **SEPARA LA ROPA DE SECADO RÁPIDO DE LA QUE SECA LENTAMENTE.** Te ayuda a usar la secadora solo el tiempo que necesites.
- **LIMPIA EL FILTRO DE PELUSA.** Un filtro atascado puede impedir que tu secadora haga su trabajo.
- **ROPA SECA FUERA CON BUEN TIEMPO.** ¡La luz del sol es GRATIS!
- **ELIGE LAVADORAS ENERGY STAR.** Consumen menos de la mitad del agua y la energía de las máquinas estándar.
- **USA EL CENTRIFUGADO A ALTA VELOCIDAD DE TU LAVADORA.** Extraen más agua, así que tu ropa no tendrá que secarse tanto tiempo.
- **COMPRA UNA SECADORA CON CIERRE AUTOMÁTICO.** La secadora detectará cuando tu ropa está seca y se apagará automáticamente, ahorrando energía.

COCINA

LO QUE PUEDES HACER:

- **USA EL LAVAVAJILLAS.** Según Energy Star, puedes ahorrar 5.000 galones de agua al año y 40 dólares en gastos de servicios usando un lavavajillas en lugar de lavar los platos a mano.
- **LAVA SOLO PLATOS COMPLETOS.** Cuesta exactamente lo mismo lavar un plato que lavar una carga completa de platos.
- **COMPRUEBA LA TEMPERATURA DE TU NEVERA.** Pierdes dinero si lo dejas demasiado frío. Para comprobarlo, pon un termómetro en un vaso de agua en el centro de la nevera y otro entre paquetes en el congelador. Léelos después de 24 horas. La temperatura debe estar entre 36°F y 38°F en la nevera y 0°F y 5°F en el congelador.
- **USA LA OPCIÓN DE SECAR AL AIRE EN TU LAVAVAJILLAS.** Ahorra energía y evita que la máquina utilice un elemento calefactor para hornear los platos en seco.
- **RASPA LOS PLATOS EN VEZ DE PREENJUAGARLOS.** Los lavavajillas fabricados en los últimos 5-10 años pueden limpiar incluso platos muy sucios sin enjuagar previamente.
- **USA MICROONDAS Y OLLAS DE COCCIÓN LENTA PARA COCINAR PEQUEÑAS COMIDAS.** Consumen menos energía que la cocina o el horno.
- **MANTÉN LIMPIO EL INTERIOR DEL MICROONDAS.** Mejora la eficiencia de tu microondas.
- **TAPAS de EE. UU.** Al cocinar, las tapas retienen el vapor y ayudan a que los alimentos se cocinen más rápido, lo que ahorra energía.

APLICACIONES

LO QUE PUEDES HACER:

- **COMPRA SIEMPRE ELECTRODOMÉSTICOS ENERGY STAR.** Son más eficientes que otros electrodomésticos, por lo que costarán menos de usar.
- **MIRA LA ETIQUETA DE ENERGYGUIDE AL COMPRAR ELECTRODOMÉSTICOS.** Mostrará el segundo precio de los electrodomésticos; sus costes operativos. También te dará comparaciones con máquinas similares.
- **NO MIRES SOLO UN ELECTRODOMÉSTICO.** Es mejor comparar la eficiencia de diferentes máquinas que mirar una sola opción.
- **ELIGE LA TALLA CORRECTA.** Los electrodomésticos sobredimensionados desperdician energía. Elige un lavavajillas o nevera extra grande solo si tienes una familia numerosa que lo necesita.
- **BUSCA CARACTERÍSTICAS DE ALTA EFICIENCIA.** Cosas como detectores de detección de suelo en los lavavajillas y apagadores automáticos en las secadoras ahorran energía y dinero.
- **RECICLA ELECTRODOMÉSTICOS VIEJOS.** Reduce el desperdicio. Los frigoríficos y otros electrodomésticos pueden usarse para chatarra metálica u otros usos. Si es posible, busca un programa de reciclaje real, no uno que revenda máquinas de segunda mano ineficientes.

SALÓN

LO QUE PUEDES HACER:

- **APAGA LA TELE CUANDO NADIE TE ESTÉ VIENDO.** Es la forma más fácil de ahorrar.
- **USA LA FUNCIÓN DE SUEÑO.** Un hogar medio puede reducir el 60% de la energía que consumen sus aparatos electrónicos usando el modo de suspensión.
- **DESENCHUFA LOS ADAPTADORES DE CORRIENTE Y LOS CARGADORES.** Cuando los móviles, cámaras digitales o portátiles terminan de cargarse, el cargador sigue consumiendo energía a menos que lo desconectes.
- **REVISAS LAS REJILLAS DE VENTILACIÓN Y LAS REJILLAS DE VENTILACIÓN.** Si están bloqueados por muebles o cortinas, el aire que pagas para calentar o enfriar no llegará al resto de la habitación.
- **PIENSA EN LAS CORTINAS DE TUS VENTANAS.** Deben estar cerradas durante el día en verano para mantener la calefacción fuera y abiertas durante el invierno para que la luz del sol caliente tu hogar.
- **APAGA EL CONDUCTO DE LA CHIMENEA.** Un conducto abierto permite que el aire escape de tu casa, desperdiciando energía. Si nunca usas la chimenea, haz que se selle para siempre.
- **VENTANAS CON BURLETAS DE AGUA.** Las ventanas son un lugar común para fugas de aire. Sella las puertas con burletes o masilla para que el hogar sea más eficiente.

ENFRIAMIENTO

LO QUE PUEDES HACER:

- **LIMPIA LOS FILTROS MENSUALMENTE.** Los filtros sucios o obstruidos bloquean el flujo de aire y reducen la eficiencia.
- **USA UN VENTILADOR PRIMERO.** Los ventiladores de techo crean un efecto de sensación térmica al mover el aire por tu casa. Los ventiladores pueden ayudar a enfriar tu hogar durante temperaturas moderadas sin necesidad de aire acondicionado. Si usas ventiladores junto con un aire acondicionado, puedes subir la temperatura de tu termostato en 4°F sin disminuir el nivel de confort.
- **INSTALA CORRECTAMENTE LOS AIRES ACONDICIONADOS DE LA HABITACIÓN.** Si la unidad no está bien instalada, el aire frío saldrá de tu casa.
- **COLOCA BIEN EL AIRE ACONDICIONADO DE TU HABITACIÓN.** Si el termostato de tu unidad está cerca de aparatos electrónicos o electrodomésticos que producen calor, marcará más de lo que debería. Coloca la unidad en una ventana a la sombra donde no se caliente con la luz solar.
- **PON EL TERMOSTATO A 78°F EN VERANO.** Cuanto menor sea la diferencia entre las temperaturas interior y exterior, más baja será tu factura de refrigeración.

WINDOWS

LO QUE PUEDES HACER:

- **INSTALA TOLDOS FUERA DE LAS VENTANAS.** Los voladizos pueden usarse para bloquear el sol de verano y evitar que entre en las ventanas orientadas al sur, permitiendo que ángulos más bajos de sol invernal calienten el interior de tu casa.
- **UTILIZA REVESTIMIENTOS PARA VENTANAS DENTRO DE TU CASA.** Las persianas, cortinas y contraventanas te permiten controlar cuánta luz solar entra en tu casa desde el interior. Ciérralos en días cálidos para que el aire acondicionado no tenga que trabajar tanto.
- **USA MASILLA ALREDEDOR DE LOS MARCOS DE VENTANAS Y PUERTAS.** Sellar pequeñas grietas, huecos y uniones es una buena forma de sellar fugas de aire alrededor de los marcos de ventanas, marcos de puertas y otras partes con fugas de tu casa. Colocar masilla en grietas y huecos es un paso clave para sellar tu casa y evitar infiltraciones, que es la fuga no deseada de aire a través de aberturas en la envolvente de tu hogar.
- **INSTALA WATHERSTRIPPING EN TUS VENTANAS.** Las burletes crean un cojín aislante entre la ventana y su marco para evitar que el aire se filtre en tu hogar.