



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA

El Programa CARE es un programa de mejoras de eficiencia energética administrado por Energy Outreach Colorado, una organización sin fines de lucro comprometida a garantizar que todas las personas que viven en Colorado puedan satisfacer sus necesidades de energía domésticas. En colaboración con su proveedor de servicios públicos, una red de contratistas locales y organizaciones sin fines de lucro, el Programa CARE puede ofrecer mejoras de eficiencia energética GRATUITAS a los hogares que están en o por debajo del 80% del ingreso medio del área.

Si está interesado en el Programa CARE, envíe una aplicación completa, incluida la documentación de verificación de ingresos requerida, a Energy Outreach Colorado a través del correo electrónico, fax o dirección postal en la siguiente página.

Si es aprobado para el Programa CARE, recibirá una auditoría de su energía doméstica gratuita para determinar qué trabajo se necesitará realizar en su hogar, seguido por el trabajo por nuestros contratistas de confianza. El trabajo puede incluir lo siguiente: bombillas LED, refrigerador Energy Star, sellado contra el aire, aislante, reemplazo/ajuste de sistemas mecánicos y más.

¿Tiene preguntas? Envíe un correo electrónico a CARE@energyoutreach.org o llame al 303-226-5061.

O, si necesita asistencia con el pago de sus facturas de servicios públicos o está interesado en LEAP, llame al 1-866-HEAT-HELP para obtener más información.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre completo _____ Correo electrónico _____

de teléfono primario _____ Fecha de nacimiento _____

¿Ha recibido ayuda para pagar su factura de energía? Sí No

¿A través de LEAP u otro programa? LEAP Otro programa _____

Número de personas en la casa (TODOS en la casa): Adultos _____ Niños _____ Con discapacidad _____ Personas mayores _____

Identidad de género: Femenino Masculino No-Binario Prefiero no decir

Empleado: Sí No

Alguien en su hogar es: ¿Discapacitado? Sí No

¿Veterano? Sí No

Identidad Étnica: Asiática Negro/Afroamericano Caucásica Hispano/Latinx Indio Americano/Nativo de Alaska

Isleño Pacífico/Hawaiano Nativo Otro: _____

¿Quién le recomendó el programa? _____

INFORMACIÓN POSTAL

Dirección física _____ Condado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Es la dirección física y dirección postal la misma?

Dirección postal _____ Condado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Tipo de vivienda: Apartamento / Condo Townhome Casa / Dúplex Casa móvil

Estatus de la vivienda: Dueño Renta*

* Si la vivienda es rentada, el propietario **DEBE** firmar la página de Autorización del Propietario.

¿Tipo de sistema de calefacción? Gas Eléctrico Caldera Propano Estufa de madera/pellets

¿Ha sido climatizada su casa en los últimos 10 años? Sí No

PROVEEDORES ACTUALES DE ENERGIA

Puede encontrar esta información en su factura de servicios públicos. Esta información **DEBE** proporcionarse y ser precisa para procesar la solicitud y recibir servicios.

Proveedor de energía eléctrica _____ # de cuenta _____

Proveedor de gas natural o propano _____ # de cuenta _____

Nombre completo _____ Relación con el solicitante _____

INGRESO FAMILIAR

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE Pre-aprobado: Sí No Ingreso Familiar: _____ Referido por: _____

No se requiere documentación de Asistencia Familiar y Verificación de Ingresos si los ingresos han sido aprobados previamente por un programa de referencia.

Ingreso **Familiar** Anual antes de impuestos (el ingreso familiar total debe ser declarado): \$ _____

ASISTENCIA PARA EL HOGAR

Calificará **AUTOMATICAMENTE** para el programa CARE si recibe uno de estos beneficios:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ayuda a no-videntes (AB) | <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social (SSI) | <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda Sección 8 |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para discapitados (AND) | <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social para discapitados (SSDI) | <input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, bebés y niños (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de comida | <input type="checkbox"/> Seguro Social Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Ayuda temporal a familias necesitadas (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Pensión de vejez (OAP) | <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> LEAP (Ayuda con la factura de servicios públicos)** |

DOCUMENTACION DE VERIFICACION DE INGRESO REQUERIDA

El solicitante **DEBE** presentar uno de los siguientes documentos con su solicitud completa.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Carta de Beneficios de la lista anterior | <input type="checkbox"/> Ingresos más recientes (3 talonarios de pago) |
| <input type="checkbox"/> La más reciente Declaración de Impuestos-Formulario 1040* del IRS | <input type="checkbox"/> Carta de Beneficios de Jubilación |
| <input type="checkbox"/> Salarios o Declaración Fiscal W-2* | <input type="checkbox"/> Carta del Empleador |

* Por favor quite su número de Seguro Social de los documentos

** Si actualmente recibe beneficios de LEAP o está inscrito en el programa este año, no se necesita presentar Documentación de Verificación de Ingresos.

AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información proporcionada en esta aplicación y en cualquier otra documentación de respaldo es precisa y verdadera. Libero a mi proveedor de servicios públicos y Energy Outreach Colorado de toda responsabilidad por el suministro o la solicitud de dicha información. Libero a EOC para proporcionar información para servicios adicionales. Además, si se aprueba el trabajo, me aseguraré de que un adulto estará presente durante cualquier trabajo programado dentro de mi hogar.

X

Firma del solicitante

Fecha

PRESENTACIÓN DE APLICACIÓN

Los solicitantes pueden entregar sus solicitudes completas y firmadas a EOC o su organización local de CARE.



Correo

Energy Outreach Colorado
Attn: CARE Program
225 E. 16th Avenue, Suite 200
Denver, Colorado 80203

Fax

(303) 825-0765

Correo Electrónico

care@energyoutreach.org

Preguntas

(303) 226-5061

AGENCIA

INFORMACION DE CONTACTO

REQUISITOS DEL PROGRAMA

1. LAS CONDICIONES EXISTENTES DEL HOGAR Y EL EQUIPO MECANICO DEBEN SATISFACER LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA PARA SER ELEGIBLE PARA LAS MEJORAS DE EFICIENCIA ENERGETICA. 2. TODAS LAS VIVIENDAS Y LOS ESPACIOS DENTRO DE LA VIVIENDA DEBEN SER ACCESIBLES Y PROPORCIONAR CONDICIONES LABORALES SEGURAS PARA LOS CONTRATISTAS DE LA INSTALACION. 3. LA APROBACION DE UNA SOLICITUD DE EOC NO GARANTIZA QUE EL HOGAR DEL MIEMBRO O CLIENTE RECIBIRA LAS MEJORAS DE EFICIENCIA ENERGETICA. 4. EOC Y TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS DEL PROGRAMA DE CARE SE RESERVAN EL DERECHO DE LLEVAR A CABO UNA INSPECCION DE LAS MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA FINANCIADAS. EL CLIENTE O MIEMBRO ACEPTA PROPORCIONAR ACCESO RAZONABLE PARA LA INSPECCION DE LA INSTALACION. SE PUEDEN HACER INSPECCIONES IN SITU HASTA UN AÑO DESPUES DE LA FECHA DE LA INSTALACION DE LAS MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA. 5. EOC Y TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS DEL PROGRAMA CARE NO SON RESPONSABLES POR LA ELIMINACION O RECICLAJE DE BASURAS GENERADAS COMO RESULTADO DE ESTE PROYECTO; NO SON RESPONSABLES DE CUALQUIER DAÑO CAUSADO POR LA OPERACION O MALFUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO INSTALADO; Y NO GARANTIZAN QUE UN NIVEL DE ENERGIA O AHORRO DE COSTO ESPECIFICO RESULTARA DE LA IMPLEMENTACION DE MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA O DEL USO DE PRODUCTOS FINANCIADOS POR ESTOS PROGRAMAS. 6. NO SE PERMITIRA QUE LOS SOLICITANTES OMITAN MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA QUE SE ESTIMA QUE SON EFICIENTES EN FUNCION DE LOS COSTOS. AISLAMIENTO, SELLADO CONTRA EL AIRE Y MEDIDAS DE BAJO COSTO DEBEN SER ABORDADAS ANTES DE CONSIDERAR EL REEMPLAZO DE EQUIPO MECANICO.