

APPLICANT LEGAL NAME: _____

(Last, First)

Auth. # _____

Community In Action Energy Assistance Application

Total in HH: _____

Total Eligible in HH: _____

LIHEAP OTHER _____

REF	LEGAL NAME	DATE OF BIRTH	SSN/SYSID	SSN VERIFIED	ID VERIFIED	LANGUAGE	GENDER	ETHNICITY	RACE	EDUCATION	DISABLED	VETERAN	HOME BOUND	NON-CASH BENEFITS
A														
B														
C														
D														
E														
F														
G														

Physical Address: _____ Apt: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Mailing Address (if different): _____ Apt: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Daytime Phone Number: _____ Message Number: _____ Email: _____

May we contact you by: Phone Call Mail E-mail Text

Referral to Weatherization:

Type of Residence	Residence Status	Main HEAT your Home	Other Heat Sources	Household Type
<input type="checkbox"/> Single Family Home	<input type="checkbox"/> Own	<input type="checkbox"/> Electric	<input type="checkbox"/> Electric	<input type="checkbox"/> 2 Parent
<input type="checkbox"/> Manufactured Home	<input type="checkbox"/> Rent (Heat Included)	<input type="checkbox"/> Natural Gas	<input type="checkbox"/> Natural Gas	<input type="checkbox"/> Single Parent (F / M)
<input type="checkbox"/> Mobile Home	<input type="checkbox"/> Rent (Heat Not Included)	<input type="checkbox"/> Oil	<input type="checkbox"/> Oil	<input type="checkbox"/> Single Person
<input type="checkbox"/> Apartment (4 or more)	<input type="checkbox"/> Subsidized Rent (Heat Included)	<input type="checkbox"/> Propane	<input type="checkbox"/> Propane	<input type="checkbox"/> Multigenerational
<input type="checkbox"/> Duplex (2-4)	<input type="checkbox"/> Subsidized Rent (Heat Not Included)	<input type="checkbox"/> Pellet	<input type="checkbox"/> Pellet	<input type="checkbox"/> 2 Adults – No Children
<input type="checkbox"/> Travel Trailer		<input type="checkbox"/> Wood	<input type="checkbox"/> Wood	<input type="checkbox"/> Non Related Adults with Children

APPLICANT LEGAL NAME: _____

Last, First

Auth. # _____

FOR OFFICE USE ONLY—

REF.	Income Source	Type	Income Verification	Amount	Freq.	Annual
Total Annual Income						

Utility Name	Account #	Name on Account	Account Status	Vendor Amount
Direct Pay Amount:				
Energy Type:			Total Amount:	
Comments:				

REQUIRED SIGNATURE ON PAGE 3 APPLICATION WILL NOT BE PROCESSED IF NOT SIGNED.

LA FIRMA ES REQUERIDA EN LA PAGINA 4 NO SE PROCESARÁ SI NO ESTA FIRMADA

APPLICANT LEGAL NAME: _____

Auth. # _____

Last, First

PART 1: APPLICANT NOTICE, PROGRAM DISCLAIMERS, AND APPLICANT RESPONSIBILITIES, WAIVER & RELEASE

- ❖ • I, Applicant, understand that the government energy and weatherization assistance programs are voluntary, and my application is subject to a review process to determine my household’s eligibility.
- ❖ • I understand that in order for my household’s application to be considered, I must submit a complete application that provides all required information.
- ❖ • I understand that I may be required to provide additional information or documentation to determine my household’s eligibility.
- ❖ • I understand that my household’s application and additional information or documentation materials will all become part of my household’s application (“Application”).
- ❖ • I understand that determinations on assistance eligibility are made by the state’s Oregon Housing and Community Services (OHCS) department in conjunction with contracted subgrantee agencies (“Subgrantees”).
- ❖ • In the event that my household’s Application is denied, I may be entitled to a review of my application under applicable Oregon Administrative Rules.

- ❖ **With my signature,**
- ❖ • I authorize my household’s Application to be shared by and between OHCS and the State of Oregon, including designated subcontractors, and Subgrantees for the purposes of determining eligibility, and administering, monitoring, researching, and evaluating (all of which as determined by OHCS’ in its sole discretion) the government energy and weatherization assistance programs.
- ❖ • I declare that the information I provide to complete my application is true and correct.
- ❖ • I agree to comply with the government energy and weatherization assistance program requirements for eligible households.
- ❖ • I agree that I am responsible to return ineligible funds or funds used improperly.

PART 2: APPLICANT NOTICE, WAIVER & RELEASE RELATED TO ENERGY SERVICE PROVIDERS AND APPLICANT’S ENERGY SERVICE ACCOUNT INFORMATION

- ❖ • I understand that the State of Oregon, including OHCS, its designated subcontractors, and Subgrantees, may request information related to my energy services account(s) (“Account”) from my energy service provider(s), including utility, fuel supplier, vendor, or other similar entity providing similar services (“Energy Services Provider”), once my household applies for energy assistance through one of the energy assistance programs, including but not limited to the Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) and Oregon Energy Assistance Program (OEAP).
- ❖ • I understand that information related to my Account may be requested by the State of Oregon, OHCS, its designated subcontractors, and Subgrantees for the purposes of, including but not limited to, determining my household’s energy assistance eligibility, and administering, monitoring, researching, and evaluating the energy assistance programs (all of which as determined by OHCS in its sole discretion).

PART 3: APPLICANT SIGNATURE

- ❖ **With my signature,**
- ❖ I hereby provide the required authorization, approval, and acknowledgments to both PART 1 and Part 2 of this Energy/Weatherization Assistance Application – Required Applicant Disclosures and Approvals.

SIGN HERE

Applicant Signature:

Date:

APPLICANT LEGAL NAME: _____

Auth. # _____

Last, First

PARTE 1: NOTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE, DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA, Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE, EXENCIÓN Y RENUNCIA

- ❖ Solicitud de Asistencia de Energía/ Climatización—Divulgación y aprobación requerida de solicitante
 - ❖ Yo, el solicitante, entiendo que los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno son voluntarios y mi aplicación será sujeta a un proceso comprobatorio para determinar la elegibilidad de mi hogar.
 - ❖ Para que mi solicitud sea considerada, yo entiendo que necesito entregar una solicitud completa que provea toda la información requerida.
 - ❖ Yo entiendo que podría ser necesario entregar información o documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar.
 - ❖ Yo entiendo que la solicitud de mi hogar e información o documentación adicional serán parte de la solicitud de mi hogar (“Solicitud”).
 - ❖ Yo entiendo que las decisiones de elegibilidad de asistencia son hechas por la agencia de Vivienda y Servicios Comunitarios del Estado de Oregon (OHCS) en conjunto con agencias sub-beneficiarias contratadas (“Sub-beneficiarios”).
 - ❖ En caso de que la solicitud de mi hogar sea negada, tendré el derecho a una revisión de mi solicitud bajo las Reglas Administrativas de Oregon vigentes.
- Con mi firma,**
- ❖ Yo autorizo que la solicitud de mi hogar sea compartida por y entre OHCS y el Estado de Oregon, incluyendo subcontratistas designados, y sub-beneficiarios con el propósito de determinar elegibilidad, y administrar, monitorear, investigar y evaluar (todos los cuales serán determinados por OHCS, según su criterio) los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno.
 - ❖ Yo declaro que la información provista en mi solicitud es verdadera y correcta.
 - ❖ Yo estoy de acuerdo en cumplir con los requisitos de los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno para hogares elegibles.
 - ❖ Yo estoy de acuerdo que soy responsable por regresar fondos ineligibles o fondos usados inapropiadamente.

PARTE 2: NOTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE, EXCENCIÓN Y RENUNCIA RELACIONADA A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGIA E INFORMACION DE CUENTA DE SERVICIO DE ENERGIA DEL SOLICITANTE

- ❖ Yo entiendo que el Estado de Oregon, incluyendo OHCS, sus subcontratistas designados, y sub-beneficiarios, pudieran solicitar información relacionada a mis cuentas(s) (“Cuenta”) de servicios de energía de mis proveedores(es) de servicios de energía, incluyendo utilidad, abastecedor de combustible, vendedor, u otra entidad similar proveyendo servicios similares (“Proveedor de Servicios de Energía”), cuando mi hogar solicite asistencia de energía por medio de uno de los programas de asistencia de energía, incluyendo pero no limitado al Programa de Asistencia de Energía al Hogar de Bajos Recursos (LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregon (OEAP).
- ❖ Yo entiendo que la información relacionada a mi cuenta pudiera ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados, y sub-beneficiarios con el propósito de, incluyendo, pero no limitado a, determinar la elegibilidad de mi hogar para asistencia de energía, y administrar, monitorear, investigar y evaluar los programas de Asistencia de Energía/Climatización (todos los cuales serán determinados por OHCS, según su criterio).

Con mi firma,

- ❖ Yo reconozco que soy el titular de cuenta (o el agente autorizado del titular de cuenta) para la cuenta(s) del proveedor de servicios de energía identificadas en esta solicitud.
- ❖ Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa a mis proveedores de servicios de energía a divulgar y proveer cualquiera y toda información relacionada a mi cuenta, incluyendo, pero no limitado a número de cuenta, nombre de cuenta, domicilio de servicio, fechas de factura y montos cobrados, información relacionada a acciones de cobranza, e otros cobros de cuenta misceláneos e información, u otros datos de cuenta similares los cuales pudieran ser solicitados por OHCS o su subcontratista designados (de aquí en adelante “Información de Cuenta”), al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y sub-beneficiarios.
- ❖ Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa a mis proveedores de servicios de energía por tal divulgación de mi Información de Cuenta por un periodo de hasta dos (2) años de programa de asistencia de energía (10/1 a 9/30) antes de mi solicitud y por tres (3) años de programa (10/1 a 9/30) después que mi solicitud haya sido entregada.
- ❖ Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y sub-beneficiarios en el uso (autorizado por OHCS según su criterio) de mi información de cuenta divulgada.

PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma, yo por el presente doy la autorización, aprobación y reconocimiento requeridas a ambas partes, Parte 1 y Parte 2 de esta SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ENERGÍA/CLIMATIZACIÓN - DIVULGACIÓN Y APROBACIÓN REQUERIDA DEL SOLICITANTE

FIRME AQUI

Firma del Solicitante

Fecha

APPLICANT LEGAL NAME: _____

Last, First

Auth. # _____

LIHWA DISCLAIMER:

With my signature, I, the Applicant, agree to the following statements in regard to the Low-Income Household Water Assistance (LIHWA) Program:

- I attest that the information stated in this application is true and accurate and will be used to determine my eligibility for water and/or wastewater assistance.
- I understand that the information provided, if misrepresented or incomplete, may be grounds for immediate application termination and/or could result in penalties as specified by law, including but not limited to enforcement under the Federal and Oregon False Claims Acts.
- I agree, as the water and/or wastewater services account holder, to the additional Release of Information to the water and/or wastewater provider or its authorized partners and representatives as necessary to verify services provided and those costs associated with services and process payment.
- If I pay my landlord or authorized representative for water and/or wastewater services, I have provided a signed Landlord Authorization Form as Release of Information.
- In addition, I agree that data from this application and from my water and/or wastewater services account (not including my personal identifying information) may be used for reporting or program evaluation purposes by the water and/or wastewater provider, its authorized partners and representatives, and the State of Oregon, including but not limited to Oregon Housing and Community Services (OHCS) and its authorized partners and representatives.

Applicant Signature: _____

Date: _____

APPLICANT LEGAL NAME: _____

Last, First

Auth. # _____

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA:

Con mi firma, yo, el Solicitante, estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones en lo que respecta al programa de Asistencia de Agua y Aguas Residuales (LIHWA):

- En certificado que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta y se usa para determinar mi elegibilidad para asistencia de agua y aguas residuales.
- Yo entiendo que la información provista, si tergiversada o incompleta, puede resultar en una terminación inmediata y/o puede resultar en sanciones según lo especificado en el lay, incluyendo, pero no limitado a, los Actos de Reclamos de federal o Oregón.
- Como titular de la cuenta de servicios de agua y/o aguas residuales, yo estoy de acuerdo con la liberación de información adicional al proveedor de servicios de agua y/o aguas residuales o sus representantes a verificar los servicios prestados y los costos asociados con esos servicios y para procesar pagos.
- Si pago mi propietario u otro representante autorizado para servicios de agua y/o aguas residuales, yo previsto la forma de Autorizado de los Propietarios con firma para la liberación de información.
- En adicional, yo estoy de acuerdo que los datos e información en esta solicitud y este del proveedor de servicios de agua y/o aguas residuales (no incluyendo mi información personal o identificativa) puede ser utilizado para reportar o evaluar del programa por el proveedor de servicios de agua y/o aguas residuales, sus socios y representantes autorizados, y el Estado de Oregón, incluyendo pero no limitado a la agencia de Vivienda y Servicios Comunitarios del Estado de Oregón (OHCS) y sus socios y representantes autorizados.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

APPLICANT LEGAL NAME: _____

Last, First

Auth. # _____

AGENCY CERTIFICATION – FOR OFFICE USE ONLY

CIRCLE PROGRAM: LIHEAP ARPA PS KKW

LIWAH OTHER: _____

DATE RECEIVED BY AGENCY: _____ INTAKE COMPLETED ON: _____

COMPLETED: ADULT ID ACCOUNT STATUS ENERGY TYPE

SIGNATURE EXCEPTION DOCUMENT EXCEPTION

INTAKE WORKER SIGNATURE _____ DATE _____

Data Entry SIGNATURE _____ DATE _____

Authorizing Agency Signature: _____ Date: _____

APPROVED

DENIED