COMMUNITY in ACTION

Legal Name: _____
Last, First

Auth. #_____

Community in Action: Energy Assistance

Asistencia de la energía

Total in HH:_____			Total eligible in HH:_____					☐ LIHEAP ☐ OTHER_____				
Ref	Legal Name Nombre legal	Date of birth Fecha de Nacimiento	SSN/SYSID Numero de Seguro Social	Lang. Idioma	Gender Sexo	Ethn. Etnici-dad	Race Raza	Education Educación	Disabled discapacita-do	Veteran Veterano	Home bound	Non-cash ben.
A												
B												
C												
D												
E												
F												
G												

Physical Address/Domicilio físico:_____

Apt/o:_____ City/Ciudad:_____ State/Estado:_____ Zip Code/Código Postal:_____

Mailing Address/Domicilió postal (if different):_____

Apt/o:_____ City/Ciudad:_____ State/Estado:_____ Zip Code/Código Postal:_____

Phone Number/Numero de teléfono: _____ Email/correo electrónico:_____

Message Number/Numero de mensaje: _____

Best method of contact/mejor maner de contacto:

Phone call/llamada Mail/correo E-mail/correo electronico Text/texto

Please check box for Weatherization/ Marce la caja para el program de climatización:

☐ **REFERRAL TO WEATHERIZATION/ REFERIR A CLIMATIZACION**

HAS YOUR HOME BEEN WEATHERIZIED/SU HOGAR HA SIDO CLIMATIZADA? YES/NO

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

SOLICITUD NO SERA PROCESADA SI NO ESTA FIRMADA EN PAGINA 4.

Legal Name: _____
Last, First

Auth. #_____

Type of Residence	Residence Status	Main Source of Heat	Other Heating Source	Household Type
Single Family Home	Own	Electric	Electric	2 Parent
Manufactured Home	Rent (Heat included)	Natural Gas	Natural Gas	Single Parent (M/F)
Mobile Home	Rent (Heat not included)	Oil	Oil	Single Person
Apartment (4 or more)	Subsidized Rent (Heat Included)	Propane	Propane	Multigenerational
Duplex (2-4)	Subsidized Rent (Heat not included)	Pellet	Pellet	2 Adults—No Children
Travel Trailer		Wood	Wood	Non-related Adults w/children

FOR OFFICE USE ONLY:

Ref	SSN Verified	ID Verified	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:_____

_____

_____

Legal Name: _____
Last, First

Auth. #_____

PART 1: APPLICANT NOTICE, PROGRAM DISCLAIMERS, AND APPLICANT RESPONSIBLITIES, 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.
- Upon successful enrollment in the LIHEAP/OEAP programs, I further authorize OHCS and the State of Oregon, including designated subcontractors, and OHCS Subgrantees to release my Application and ongoing LIHEAP/OEAP program benefit information held by OHCS (including its subcontractors and OHCS Subgrantees) to the Energy Services Provider (as defined below) for the purposes of administering, monitoring, researching, and evaluating LIHEAP/OEAP program delivery and efficiency.
- 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.
- Should I receive any heating and or/cooling equipment as result of my eligibility to these programs, I agree to hold OHCS, its subgrantees and/or contractors harmless.
- I agree that I am responsible to return ineligible funds or funds used improperly.
- I authorize and hold harmless OHCS (including its subcontractors and OHCS Subgrantees) to release my Application and ongoing LIHEAP/

PART 2: APPLICANT NOTICE, WAIVER & RELEASE RELATED TO ENERGY SERVICE PROVIDERS AND APPLICANTS 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).

With my signature,

- I acknowledge that I am the account holder (or the account holder's authorized agent) for the Energy Services Provider Account(s) identified in this Application.
- I hereby authorize and hold harmless my Energy Services Provider(s) to release and provide any and all information relating to my account, including but not limited to account number, account name, service address, billing dates and amounts charged, information related to collections actions, other miscellaneous account charges and information, or other similar account data as may be requested by OHCS or its designated subcontractor (hereinafter "Account Information") to the State of Oregon, OHCS, its designated subcontractors, and Subgrantees. I understand and agree, should I receive any heating and/or cooling equipment as a result of any of these programs, I agree to hold OHCS, it's sub grantees and/or contractors harmless.
- I hereby authorize and hold harmless my Energy Services Provider(s) for such release of my Account Information for up to two (2) energy assistance program years (10/1 to 9/30) prior to my Application and for three (3) program years (10/1 to 9/30) after my Application is submitted.
- I hereby authorize and hold harmless the State of Oregon, OHCS, its designated subcontractors, and Subgrantees in the use (as authorized by OHCS in its sole discretion) of my released Account Information.

PART 3: APPLICANT SIGNATURE

With my signature I hereby provide the required authorization, approval and acknowledgments to both PART 1 and PART 2 of the ENERGY/ WEATHERIZATION ASSISTANCE APPLICATION REQUIRED APPLICANT DISCLOSURES AND APPROVALS.

_____

Applicant Signature **Date**

Legal Name: _____
Last, First

Auth. #_____

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

- Yo,el solicitante, entiendo que los programse de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno son voluntaries y mi aplicación será sujeta a un proceso comprobatorio para determiner la elegibilidad de mi hogar.
- Para que mi solicitud sea considerade, yo entiendo que necesito entregar una solicitud complete que provea toda la información requerida.
- Yo entiendo que podría ser necesario entregar información o documentación adicional para determiner le elegibilidad de mi hogar.
- Yo entiendo que la solicitud de mi hogar e informatción o documenatación adicional seran parte de la solicitud de mi hogar ("Solicitud").
- Yo entiendo que las decisions de elegibilidad de asistencia son hechas por las agencia de Vivenda y Servicios Comunitarios del Estado de Oregon (OHCS) en conjunto con agencias sub-beneficiarias contratadas ("Sub-beneficiarios").
- En caso que la solicitud de mi hogar se negada, tendré el derecho a una revisión de mi solicitud bajo las Reglas Adminsitrativas 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 determiner 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 declare que la información provista en mi solicitud es verdadera y correcta.
- Yo estoy de acuerdo en cumplir con los requisites de los programas de Asistencia de Energía/Climatización del gobierno para hogares elegibles
- Yo estoy de acuerdo que soy responsable por regresar fondos inelegibles o fondos usados inapropiademente.

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

- Yo entiendo que el Estado de Oregon, incluyendo OHCS, sus subcontratistas designados, y sub beneficiarios, pudieran solicitor información relacionada a mis cuentas(s)("Cuenta") de servicios de energía de mis proveedores(es) de servicios de energía, incluyendo utilitdad, 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, inclueyendo 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, determiner 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 soicitud.
- Yo por el presente relevo y mantengo sin culpa a mis proveedores de servicios de energía a divulgar y proveer cualquiera y toda inforamción relacionada a mi cuenta, incluyendo pero no limitado a número de cuenta, nombre de cuenta, domicilio de servicio, fechas de facture y montos cobrados, información relacionada a acciones de cobranza, e otros cobros de cuenta misceláneos e información u ostros datos de cuenta similares los cuales pudieran ser solicitados por OHCS o su subcontatista designados (de aquí en adelante "Información de Cuenta"), al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontatistas 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 desingados 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 presented doy la autorización 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.

_____

Firma del solicitante **Fecha**

Legal Name: _____
Last, First

Auth. #_____

Agency Certification: For Office Use Only

Outreach/Event:_____

Circle Program: LIHEAP LIHWAP PS KKW OTHER:_____

Documentation Exception:_____

Signature Exception: _____

Date Received by Agency:_____

Intake Completed On:_____

Intake Worker Signature_____ Date: _____

Data Entry Signature:_____ Date: _____

Authorizing Agency Signature:_____ Date:_____

Approved

Denied