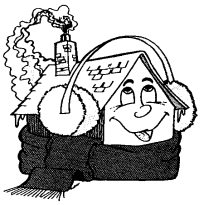
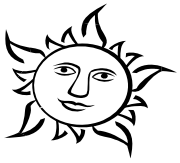


DIVISIÓN DEL BIENESTAR Y SERVICIOS SOSTENEDORES

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA



El **Programa de Asistencia para Energía (EAP)** fue diseñado para ayudar con los gastos de calefacción y electricidad a hogares en Nevada que son elegibles. **Sin embargo, NO es un programa de emergencia**.

✳ REQUISITOS DE INGRESOS ✳

El total de ingresos bruto mensual de todos los miembros del hogar no puede exceder las cantidades anotadas en el siguiente esquema.

EL TOTAL DE INGRESOS DE SU HOGAR NO PUEDE EXCEDER					
Personas en el hogar	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Personas en el hogar	Ingreso Anual	Ingreso Mensual
1	$17,235	$1,436	5	$41,355	$3,446
2	$23,265	$1,939	6	$47,385	$3,949
3	$29,295	$2,441	7	$53,415	$4,451
4	$35,325	$2,944	8	$59,445	$4,954

Hogares que llenan ciertos requisitos y que exceden los límites de ingresos brutos, tal vez pueden tener una reducción en ingresos si se comprueban los gastos permitidos.

✳ BENEFICIOS ✳

Hogares elegibles reciben un beneficio anual, uno por cada año, que se llama "crédito anual fijo" pagado directamente a la compañía que provee su energía. El beneficio aparece en la cuenta como un crédito.

PAGO MÍNIMO – El pago mínimo anual para hogares elegibles es $180.

✳ CUANDO PUEDE SOLICITAR AYUDA ✳

➔ Si su familia no está recibiendo beneficios del programa, aplique **AHORA**.

➔ Si usted ha recibido beneficios en los últimos 12 meses, una notificación le será enviada a usted para informarle que es tiempo de solicitar de nuevo. Si usted manda la solicitud para renovar los beneficios antes de la fecha en que puede re-solicitar, su solicitud le será negada.

✳ ¿QUE NECESITO? ✳

Complete la solicitud para EAP y envié la documentación pedida en este formulario. Sugerencias para verificar sus ingresos están anotadas al reverso de esta hoja. Para respuestas sobre otras preguntas llame a:

Reno/Carson City	(775) 684-0730
Las Vegas	(702) 486-1404
Toll Free	1-(800)-992-0900

Visite nuestra página de Internet: **www.dwss.nv.gov**
para más información sobre los requisitos del programa.

EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN QUE SE REQUIEREN PARA COMPROBAR INGRESOS

Toda documentación que usted envíe con su solicitud puede ser original o fotocopia. Si usted no puede tomar copias de los originales, nuestra oficina puede copiar el material y si usted solicita los originales de regreso, se le regresarán *después de que su caso sea procesado.*

Ingreso de Trabajo: Incluyen, los ingresos de trabajo, ingresos de negocio propio (ver abajo), Servicios de cuidar niños, servicios de limpiar casas, y cualquier otro servicio en el que le paguen. Proveer copias de sus recibos de pagos por lo menos de los últimos treinta (30) días. Si le pagan por semana envie 4 recibos de pagos, si le pagan cada dos semanas o dos veces por mes envie 2 recibos de pagos. Si no tiene sus recibos de pagos, una carta escrita en forma oficial de su empleo indicando, su ingreso mensual bruto de los últimos (30) días y con que frecuencia le pagan.

Ingreso de Negocio propio/Negocio sin fines de lucro: Por favor póngase en contacto con la oficina del Programa de Asistencia para Energía para determinar lo que usted está obligado a proporcionar. Verificaciones aceptables, incluye, cuenta de Ganancias y pérdidas firmadas por el solicitante detallando ingresos brutos y gastos hechos durante los últimos 12 meses, copias de los pagos de impuestos por ventas mostrando ganancias, estados financieros antes o después de ser revisados, o solicitud de préstamo mostrando ingresos y gastos de los últimos 12 meses también son aceptados.

Ingreso que recibe sin trabajar: Incluyen, Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos, pensiones, ingresos de incapacidad, ingresos de retiro o abono militar, desempleo, manutención para sus hijos, pensión alimenticia, ingresos de intereses, dividendos, pagos regulares de un seguro o anualidad. **Si está recibiendo,** *Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos, pensiones, ingresos de incapacidad, ingresos de retiro o abono militar, desempleo:* Provee copias de verificaciones de los beneficios actuales, o carta de adjudicación de la entidad que presta el ingreso de este año y debe enseñar cualquier cambio en el gasto de vida. **Si está recibiendo, m***anutención por sus hijos o pensión alimenticia:* copia del acta de divorcio/separación/acuerdo de liquidación o carta de fecha de la persona que paga la manutención. (Incluyendo su nombre, dirección y número de teléfono), o copia del último cheque o estado de cuenta de la oficina que endorsa la manutención. **Si está recibiendo, i***nterés o dividendos:* estado bancario, certificados de depósito, u otra documentación incluyendo detalles y deben estar firmados por la institución financiera o estado de cuenta trimestral de la compañía de acciones.

Contribuciones de dinero y/o Regalos Que Se Repiten: Provee una carta firmada de la persona que le está dando el dinero, indicando la cantidad de ayuda, la frecuencia que se le paga, cuando empezó esta ayuda o una carta que esté firmada y fechada por el solicitante, incluyendo los nombres, direcciones y números de teléfono de los donantes.

Ingreso de Estudiante: Incluye TODO tipo de becas educativas o dinero como la beca federal PELL, beca Complementaria para la Oportunidad Educativa (FSEOG) y ayuda para educación de la Administración de Veteranos. Por favor provea una verificación escrita de la cantidad de la ayuda, y verificación escrita de la institución de educación de lo que cuesta por los últimos dos semestres y clases en el verano se incluyen la matrícula del estudiante, otros gastos, libros y equipo. Si los beneficios son pagados directamente al estudiante, copias de los últimos dos cheques de beneficios o copias de los cheques cancelados o recibos que indican cuanto fue pagado para la matrícula, otros gastos, libros y equipos, son aceptables.

Ingreso de Asistencia Pública: Incluyen pero no estan limitados a, TANF, asistencia general de condado o indios americanos, asistencia de native americano. Provea una carta escrita en forma oficial de la agencia pública indicando lo que le pagaron, que tiempo cubrió, los beneficiarios copia de la noticia avisándole de la ayuda, o copia de un cheque.

TENGA EN CUENTA: Las formas 1099 y W-2 NO son comprobantes de sus ingresos.

DIVISIÓN DEL BIENESTAR Y SERVICIOS SOSTENEDORES

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA

LAS VEGAS / NORTH LAS VEGAS
3330 E. Flamingo Rd #55, Las Vegas, NV 89121
Phone: (702) 486-1404 Fax: (702) 486-1441

OFICINAS PARA TODAS LAS OTRAS CIUDADES
2527 N. Carson St., Suite 260, Carson City, NV 89706
Telephone: (775) 684-0730 Fax: (775) 684-0740

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA

Por favor complete todas las secciones y conteste cada pregunta. Firme la solicitud y el formulario de Derechos y Obligaciones. Si usted no completa todas las secciones y preguntas y/o no firma la solicitud y los Derechos y Obligaciones o si no provee la documentación requerida como se indica en rojo en la solicitud, su solicitud puede ser demorada o se le puede negar la ayuda.

A. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE/MIEMBROS DEL HOGAR

Complete lo siguiente para todas las personas que viven en su hogar, relacionado o no, incluyendo a si mismo *(agregue página adicional si es necesario). El Primer nombre en la solicitud, tiene que ser el nombre de la persona solicitando por servicios (persona que está en el recibo de servicios de la casa). Proporcione prueba de identidad para el solicitante.*

Nombre (Apellido, Primero, Segundo) (Jr., Sr., III)	Relación a Usted	SEXO	Fecha de Nacimiento	EDAD	Ciudadano de EU o No-Ciudadano Elegible		Incapacitado		Número del Seguro Social
		M/F	(mm/dd/aa)		Sí	No	Sí	No	
	Yo								

¿Hay mas personas en su hogar? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, anote estas personas en una hoja separada.

Dirección Física	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Correo *(Si es diferente a donde vive.)*	Ciudad	Estado	Código Postal

Teléfono de casa ( )	Teléfono de día o mensaje/Cellular ( )	Dirección Electrónica

***** Anote aquí los nombres de los miembros no-ciudadanos de su hogar que están autorizados como residentes legales de los Estados Unidos:

_____ _____ _____ _____

***Personas que no son ciudadanos tienen que proveer copias de la tarjeta I-688 o I-551 (copia del frente y reverso) con su solicitud. Dueños de caso proveer una copia de su hipoteca/pagos.**

B. INFORMACIÓN SOBRE SU VIVIENDA

Personas que rentan/alquilan: Proveer una copia actual y completa del contrato de renta/alquiler, donde nombra todas las personas viviendo en el hogar.

1. Tipo de ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Condo ☐ Habitación Alquilada ☐ Casa Movible
   ☐ Duplex ☐ Motel/Hotel ☐ Studio ☐ Remolque de Viaje Otro _____
2. Gasto de Vivienda: ☐ Renta $ _____ ☐ Comprando $ _____ ☐ Pago por un espacio _____
   ☐ Dueño ¿Cuándo acabó de pagar su hipoteca? _____
3. Dueño, Nombre del Proyecto/Edificio, Nombre de la Compañía Hipotecaria: _____
   Dirección _____ Número de Teléfono.: ( )
4. ¿Vive usted en una vivienda subvencionada donde la calefacción o la electricidad se incluyen en la renta o alquiler? ☐ SÍ ☐ NO

C. AYÚDENOS AYUDAR HA OTROS

¿Cómo se enteró del Programa de Asistencia Para Energía? Marque la respuesta que aplica:

☐ TV
☐ Radio
☐ Periódico/Revista
☐ Amigo
☐ Dueño
☐ Compañía de utilidades (empleado o anuncio)
☐ Participante Previo de EAP
☐ Anuncio Recibido por Correo
☐ Empleado de Servicio Social
☐ Otro:*Por favor identifique* _____

D. INFORMACIÓN SOBRE UTILIDADES

SERVICIO DE CALEFACCIÓN (Adjunte Copia de La Cuenta)	SERVICIO DE ELECTRICIDAD (Adjunte Copia de La Cuenta)
Que servicio de calefacción utiliza principalmente?: ☐ Gas Natural ☐ Electricidad ☐ Propano ☐ Aceite Combustible ☐ Keroseno ☐ Leña ☐ Otro _____ **Marque la que aplique:** ☐ Recibe una cuenta de la compañía de utilidad ☐ La electricidad está incluída en mi alquiler/hipoteca ☐ Pago una cuenta separada por servicio de electricidad al dueño	**Marque la que aplique:** ☐ Recibo una cuenta de la compañía de utilidad ☐ La electricidad está incluída en mi alquiler/hipoteca ☐ Pago una cuenta separada por servicio de electricidad al dueño
(Nombre de la compañía de calefacción)	(Nombre de la compañía eléctrica)
(Número de cuenta de la calefacción)	(Número de cuenta la eléctricidad)
(Nombre en la cuenta)	(Nombre en la cuenta)
¿Es este el dueño de la propiedad? ☐ SÍ ☐ NO (Si la persona cuyo nombre aparece en la cuenta **NO** es el dueño y **NO** vive con usted, provea la dirección, número de teléfono y relación de esta persona a usted en una hoja de papel separada). También incluya prueba de identidad de la persona que está nombrada en el recibo de servicios, y una declaración dándole autorización a usted para solicitar por beneficios en representación a usted para solicitar por beneficios en representación de ellos.	¿Es este es el dueño de la propiedad? ☐ SÍ ☐ NO (Si la persona cuyo nombre aparece en la cuenta **NO** es el dueño y **NO** vive con usted, provea la dirección, número de teléfono y relación de esta persona a usted en una hoja de papel separada). También incluya prueba de identidad de la persona que está nombrada en el recibo de servicios, y una declaración dándole autorización a usted para solicitar por beneficios en representación a usted para solicitar por beneficios en representación de ellos.
ASISTENCIA DE ATRASOS (Una vez en la vida)	**ASISTENCIA DE ATRASOS (Una vez en la vida)**
¿Tienes recibos atrasados del servicio de calefacción y desea asistencia para pagar esta deuda? ☐ SÍ ☐ NO	¿Tienes recibos atrasados del servicio de electricidad y desea asistencia para pagar esta deuda? ☐ SÍ ☐ NO

Si la compañía de servicio es Southwest Gas, Sierra Pacific Power o Nevada Power tiene que proveernos con la factura más reciente de la utilidad. Para todas las otras compañías de servicio usted tendrá que darnos comprobante de los últimos doce meses de uso de energía en dólares y unidad Térmica, horas de vatio o galones para su dirección de servicio. Puede darnos copias de todas las cuentas de utilidades por los últimos doce meses o un reporte de la compañía de energía.

E. ¿CÓMO QUIERE QUE PAGUEMOS SUS BENEFICIOS?

Escoja como quiere que le paguen sus beneficios: (Marque SOLO Uno)

☐ **Compartir mis beneficios entre los proveedores de calefacción y electricidad.**
☐ **Pague todo mis beneficios al proveedor de calefacción.**
☐ **Pague todo mis beneficios al proveedor de electricidad**

Si usted escoge un pago dividido, o un solo pago a un proveedor, y sus beneficios exceden su uso anual a ese proveedor, sus beneficios seran pagados a ese proveedor para cubrir el uso anual y el beneficio restante será pagado al segundo proveedor.

F. INGRESO

1. **ENTRADA DE TRABAJO**
¿Algún miembro de su hogar, sin tener en cuenta la edad, trabaja? ☐ SÍ ☐ NO (Incluya trabajos por su propia cuenta, negocios cuidado de niños, limpiando casas y trabajos que se le pagó por trabajar.)

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA	EMPLEADOR	FECHA DE EMPLEO	TIPO DE TRABAJO	PAGO BRUTO CADA CHEQUE	FRECU -ENCIA DE COBRO	PROPINAS POR MES

Anote todo los miembros de su hogar que no trabajan ahora:

NOMBRE DE LA PERSONA	DONDE TRABAJÓ ANTERIORMENTE	ÚLTIMA FECHA QUE TRABAJÓ	PAGO BRUTO CADA CHEQUE	¿ESPERA REGRESAR A TRABAJAR? ¿ESTÁ ESPERANDO SSI? Si es así, explique

Adjunte copias de todos los talones de cheque u otro comprobante de entrada de trabajo bruto de dinero ganado por lo menos en los últimos treinta (30) días aunque esa persona ya no tenga empleo. 1099s y W-2s no se aceptan como comprobantes de sus entradas. EXCEPCIÓN: Trabajos por su propia cuente se requiere estados de ganancias y pérdidas de los últimos 12 meses.

2. INGRESOS NO GANADOS: Conteste lo siguiente, indicando quién, si alguien en su hogar recibe dinero o beneficios de una de las siguientes fuentes: Usted debe marcar sí o no por cada tipo de ingreso que se reciba y adjuntar comprobantes de todos los ingresos que recibe sin trabajar**. Las formas 1099 y W-2's no se aceptan como comprobantes de ingreso.**

SÍ	NO	TIPO DE INGRESO	QUIEN LO RECIBE	CANTIDAD BRUTA	CON QUÉ FRECUENCIA
☐	☐	Manutención por Divorcio o Separación			
☐	☐	Huéspedes o Inquilinos *(Adjunte prueba de renta notariada)*			
☐	☐	Manutención para menores			
☐	☐	Contribuciones/Regalos de cualquier tipo incluye, iglesias y/o de caridad			
☐	☐	Ayuda Educacional *(Adjunte comprobante de su matrícula, libros y materias por los últimos **DOS** semestres)*			
☐	☐	Estampillas Para Comida (SNAP)			
☐	☐	Pagos para niños acogidos			
☐	☐	Ayuda del condado/Ayuda general			
☐	☐	Interés/Dividendos/Anualidad			
☐	☐	Préstamos			
☐	☐	Pagos en una sola cantidad (liquidación por razón legal, pagos retrasados)			
☐	☐	Ingreso Militar/Abonos			
☐	☐	Reclamo mineros			
☐	☐	Limosnas			
☐	☐	Pensiones/Retiro			
☐	☐	Rentas de propiedad			
☐	☐	Retiro de Ferrocarril			
☐	☐	Habitación alquilada			
☐	☐	Seguro Social *(incluye Incapacidad, retiro, o beneficios de sobrevivientes)* (RSDI)			
☐	☐	Casa subvencionada			
☐	☐	Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)			
☐	☐	Arreglo de vivienda sostenida (SLA)			
☐	☐	Asistencia Temporánea para Familias con Necesidad (TANF)			
☐	☐	Ayuda de su Tribu/IGA			
☐	☐	Beneficios de Huelga			
☐	☐	Ingresos de un Fideicomiso *(proporciona pruebas si no es accesible)*			
☐	☐	Beneficios de Desempleo (UIB)			
☐	☐	Concesión de utilidad o cheque de reembolso			
☐	☐	Beneficios de veteranos			
☐	☐	Ganancias de fuegos			
☐	☐	Compensación de trabajadores lastimados			
☐	☐	Otro (por favor identifique)			

Si sus gastos de vivienda (como renta y utilidades) son más que su entrada, favor explique como usted pudo pagar su renta, comprar comida, etc. Si alguien le ayuda a pagar sus cuentas, ¿cuánta ayuda recibió cada mes durante los últimos seis (6) meses y de quien? (Apunte cada individuo incluyendo su nombre, dirección y teléfono):

3. ¿Espera usted algún cambio en la entrada de su hogar o los beneficios? ☐ SÍ ☐ NO

Si es sí, _____ ¿Cuándo? _____

Los cambios en ingresos antes de la certificación serán utilizados para determinar la elegibilidad.

G. RESPONSABILIDADES

Información proveída en esta solicitud es sujetas a verificación e investigación por oficiales locales, estatales y/o federales. Si hace una declaración falsa y/o no correcta, mal representa, falta de reportar cambios, y/o contiene información para establecer o mantener la elegibilidad para asistencia de energía sus beneficios podrán ser negados terminados o reducidos. Usted es responsable de pagar todo el dinero, servicios y beneficios por lo cuales usted no tenía derecho a recibir. Además, usted puede ser descalificado de recibir beneficios, acusado como criminal o penalizado de otra manera según las leyes estatales y federales.

¿Usted ha sido derterminado que ha cometido una Violación Intencional del Programa (IPV)? ☐ SÍ ☐ NO
Si es así, ¿En que Estado? _____

H. AUTORIZACIÓN

Firmando esta solicitud, yo autorizo que se haga toda investigación acerca de mí o otros miembros del hogar que es necesaria para determinar elegibilidad para beneficios recibidos o que pueda recibir bajo programas administrados por la División de Bienestar del Estado de Nevada. Yo autorizo y doy consentimiento a que se de cualquiera y toda información confidencial acerca de mí y/o los miembros de mi hogar por ley o de otra manera bajo privilegio de NRS 422A.320 o cualquier otro proviso de la ley o de otra forma. Yo doy autorización al Programa de Asistencia de Energía a revelar información acerca de mi hogar, para incluir la información de uso de energía, en el Estado de Nevada Divsión de Viviendas, Programa de Asistencia de Climatización, para la elegibilidad potencial de climatización de mi residencia. Yo libero el titular del tal información de la responsabilidad, en mi caso, como resultado de la divulgación de la información requerida. **YO RECONOZCO QUE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN CONSTITUYE LEGALMERNTE UNA COPIA ORIGINAL.**

Si tengo 60 años e edad o mas, yo doy permiso a que se declare mi identidad y reuncio mis derechos como persona mayor a mantener mi identidad confidencial. Por este medio y libero de responsabilidad al poseedor de esta informacion, si alguna informacion requerida es revelada.

Yo le doy permiso a la División de Bienestar del Estado de Nevada o sus representantes para revisar mi uso de energía, avisar a los comerciantes de asistencia otorgada y el estado de la misma cuando sea certificada. Acepto que la División del Bienestar Y Servicios Sostenedores utilize los números de Seguro Social (SSN) en esta solicitud para verificar los factores de elegibilidad para el programa de asistencia de energía a través del intercambio automatizado de datos con la Administración de Seguro Social.

Estoy de acuerdo en notificar El Programa de Asistencia para Energía de cualquier cambio de mi hogar que afecta mis beneficios. Yo entiendo el no reportar cambios podría resultar en un sobre pago por lo cual yo seré responsable de pagar y también podría ser procesado por la corte de la ley.

Yo juro que he reportado la ciudadanía propia y de todas las personas por lo cual estoy solicitando.

Escriba el Nombre del Solicitante: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Escriba el Nombre del Otro Miembro Adulto(s) del Hogar: _____

Firma de Otro Miembro Adulto(s) del Hogar: _____ Fecha: _____

Escriba el Nombre del Otro Miembro Adulto(s) del Hogar: _____

Firma de Otro Miembro Adulto(s) del Hogar: _____ Fecha: _____

TESTIGO: (Utilice si el solicitante no sabe leer o escribir o es ciego.) La información en esta solicitud fue leida al solicitante y yo soy testigo de su firma.

Escriba el Nombre del Testigo: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

DIVISIÓN DEL BIENESTAR Y SERVICIOS SOSTENEDORES

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ENERGIA

NOTICIA DE DERECHOS Y OBLIGACIONES

POR FAVOR REVISE Y FIRME ABAJO

A. Usted tiene los siguientes DERECHOS:

1. No se discriminará en contra de una persona por ninguna razón, sea por raza, edad, color, religión, sexo, incapacidad, u obstáculo físico (incluyendo SIDA y condiciones relacionadas al SIDA), creencia política, u origen nacional por cualquier programa administrado por la División de Bienestar del Estado de Nevada. Cuando el Progrrama de Asistencia de Energía (EAP) paga otra agencia, institución, o persona para disponer servicios de EAP a un hogar, el vendedor no está permitido a discriminar por cualquier motivo. Violaciones de discriminación serán rápidamente reportadas a la oficina mas cercana del Programa de Asistencia Para Energía, el Administrador de la División de Bienestar del Estado de Nevada, 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706-7924, (775) 684-0500, o a la Oficina de Derechos Civiles del U.S.A.(Office of Civil Rights, OCR), Departamento de Salud y Servicios Humanos, 50 United Nations Plaza, San Francisco, California 94102, (415) 437-8310, TDD (415) 437-8311 o llamando gratis a 1-800-368-1019.
2. Usted tiene derecho a una conferencia si cree que ha sido tratado injustamente o que un error ha sido hecho acerca de su elegibilidad para ayuda. Para pedir una conferencia escriba o llame al Programa de Asistencia Para Energía.
3. Usted tiene derecho a una audiencia si no está satisfecho con la decisión de la agencia que afecta su ayuda. Usted tiene que pedir esa audiencia en escrito, antes de 90 días de cuando se haya tomado la acción/decisión, a no ser que la única razón de la acción/decisión es una en que leyes estatales o federales requieren un ajuste de beneficios automáticamente. Usted tiene derecho a una audiencia si su solicitud para beneficios es negada, reducida, se haya tomado una acción errónea o no se haya tomado acción en un tiempo razonable.
4. Usted tiene derecho a que se le envié una noticia de decisión por correo indicando si usted es elegible por beneficios del programa y en que cantidad, a quien se le pagará, y la fecha aproximada en que se hará(n) el (los) pago(s); o una noticia informándole la razón porque usted no es elegible para beneficios del programa.
5. Empleados del programa son requeridos a:
   - Informar solicitantes de los requisitos de elegibilidad para el programa;
   - Avisarle de los documentos requeridos; y/o
   - Proveerle ayuda al solicitante, cuando es necesaria.

B. Usted tiene las siguientes OBLIGACIONES:

1. Notificar al Programa de Asistencia para Energía **dentro de diez (10) días de trabajo de cualquiera de los siguientes.** Si falla en notificar puede resultar en que le nieguen sus beneficios o se le demore el proceso de su solicitud.
   - Cualquier cambio en la entrada de su hogar o el tamaño de su hogar (el número de personas viviendo en su casa);
   - Si cambia compañía de utilidades; o
   - Si usted se muda en cualquier momento después de entregar su solicitud.
2. Responder a cualquier pedido por información adicional necesaria para procesar su solicitud **dentro de diez (10) días**. Es su responsabilidad asegurar que toda materia pedida sea enviada por correo o mandada por fax con suficiente tiempo para que llegue antes de la fecha requerida. El Programa de Asistencia Para Energía no es responsable por correo perdido o dirigido incorrectamente o faxes. (Asegúrese que su nombre y seguro social o UPI están en cada documento/correspondencia.)
3. Cooperar con el Programa de Asistencia Para Energía en sus esfuerzos para conseguir toda información necesaria para determinar elegibilidad o beneficios.

C. NOTA ESPECIAL:

1. Si usted esta solicitando por el Programa de Asistencia Para Energía, usted puede recibir ayuda para sus cuentas de calefacción o electricidad. **PERO RECUERDE, USTED DEBE MANTENER PAGANDO SUS CUENTAS CUANDO SON DEBIDAS**. Si usted no las paga, la compañía puede cobrarle mas por pagar tarde. La compañía de puede cortarle su servicio, y puede pedir que pague un depósito antes de volver a empezar su servicios. ***Si usted no puede pagar su cuenta, tiene que ponerse en contacto con la compañía de utilidades y tratar de hacer arreglos de pago.***
2. Personas encontradas culpables de violar con intención las reglas del programa pueden ser inelegibles de participación en el programa por un (1) año por la primera violación, dos (2) años por la segunda violación, y permanentemente por la tercera violación.

Mi firma abajo indica que yo entiendo los Derechos y Obligaciones como un solicitante del Programa de Asistencia Para Energía.

Escriba el Nombre del Solicitante/Recipiente: _____

Firma del Solicitante/Recipiente: _____ Fecha: _____

SI USTED NO ESTÁ REGISTRADO A VOTAR DONDE USTED VIVE AHORA,

¿Desea registrarse a votar aquí hoy?

(Por favor marque uno)

☐ SÍ ☐ NO

Si usted no marca ningún cajón, se considerara que usted no desea registrarse a votar en este momento.

El ACTO NACIONAL DE REGISTRACIÓN DE VOTANTES le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted desea ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. Usted puede llenar la solicitud en privado.

NOTICIA IMPORTANTE: Su aplicación para registrarse o decir que no a registrarse NO AFECTARÁ la cantidad de asistencia que le proveerá esta agencia.

Firma **Fecha**

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretario Del Estado, Capitol Complex, Carson City, NV 89710.

Núm. de Solicitud
HA

SECRETARIO DE ESTADO ROSS MILLER
ESTADO OF NEVADA
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA VOTAR

CASILLA 3 – NOMBRE Escriba su nombre tal como aparece en su licencia de manejar o tarjeta de identificación de Nevada o en su tarjeta del Seguro Social, indicado en la Casilla 8. Si no tiene ninguno de estos documentos de identidad, vea las instrucciones para la Casilla 8.

CASILLA 4 – DIRECCIÓN RESIDENCIAL Su dirección residencial es la dirección asignada al sitio en que realmente vive. Si vive en un lugar que no tenga una dirección asignada, tendrá que proporcionar una descripción del sitio. No debe poner un apartado postal como dirección residencial ni una dirección de empresa a menos que realmente viva allí.

CASILLA 8 – REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN La ley federal y estatal requiere que usted proporcione el número de su licencia de manejar de NV o de su tarjeta de identificación de NV. Si no tiene ninguna de las dos, debe poner los últimos 4 números de su número del Seguro Social. Si no tiene ninguno de estos tres documentos de identidad, llame al Secretario o Registrador de su condado después de llenar y entregar este formulario.

CASILLA 10 – INSCRIPCIÓN DE PARTIDO Marque su selección de un partido calificado, "No Partidista" u "Otro." Si marca "Otro," puede poner el nombre de un partido no calificado. Si se inscribe en un partido político menor o como no partidista, recibirá una boleta no partidista para la elección primaria.

CASILLA 13 – AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO Si ayuda a una persona a inscribirse para votar, debe llenar la Casilla 13. EL NO hacerlo ES un delito mayor.

FECHAS LÍMITES PARA ENTREGAR LA SOLICITUD

- ★ Por correo—con sello postal para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En persona en el DMV—para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En persona en la oficina del Secretario o Registrador del condado—para el martes, 21 días antes de una elección (para elecciones municipales, en persona en la Secretaría Municipal).
- ★ Elecciones especiales o de destitución—comuníquese con el Secretario o Registrador de su condado.

AVISO Se le exhorta entregar su solicitud de inscripción para votar en persona o por correo al Secretario o Registrador del condado. Si decide dar su solicitud a otra persona para que la entregue al Secretario o Registrador del condado y esa persona no la entrega al Secretario o Registrador del condado, no estará inscrito para votar. Favor de guardar la copia o recibo de su solicitud de inscripción para votar.

¿LE INTERESA TRABAJAR EN LAS MESAS ELECTORALES? Favor de llamar a la oficina de su Secretario o Registrador del condado local. Vea el reverso de esta página.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA MÁS GRANDE**

USE TINTA NEGRA — ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

ADVERTENCIA: PONER DATOS FALSOS ES UN DELITO MAYOR QUE CONLLEVA UNA MULTA CIVIL DE HASTA $20,000.

1 ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? ☐ Sí ☐ No
¿Tendrá por lo menos 18 años de edad para el día de la elección? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "no" a cualquiera de estas preguntas, no llene este formulario.

2 Marque las casillas que le correspondan y llene las casillas 3-13
☐ Nueva inscripción ☐ Cambio de partido
☐ Cambio de nombre ☐ Cambio de dirección

3 Apellido (solamente) | Primer nombre (solamente) | Segundo nombre (solamente) | Jr. Sr. II III IV

4 Dirección residencial (No ponga un apartado postal ni dirección de empresa. Vea las instrucciones.) | Núm. de apto. | Ciudad | Estado | Código postal

5 Dirección postal—Si es diferente a la de arriba. (Apartado postal o dirección de reenvío de correo)

6 Fecha de nacimiento (mes/día/año)

7 Lugar de nacimiento (estado o PAÍS)

8 Núm. de licencia de manejar o ID de NV (si no tiene ninguna, las últimas 4 cifras de su número del Seguro Social)

9 Núm. de teléfono (opcional)

10 Inscripción de partido—Marque solo uno
- ☐ Partido Demócrata (Democratic Party)
- ☐ Partido Americano Independiente (Independent American Party)
- ☐ Partido Libertario (Libertarian Party)
- ☐ Partido Republicano (Republican Party)
- ☐ Otro partido político – Escriba abajo
- ☐ No Partidista (No afiliado con ningún partido)

11 "Yo juro o afirmo que: Soy ciudadano de EE.UU. • Habré cumplido 18 años para la fecha de la próxima elección • He vivido continuamente en Nevada por lo menos 30 días en mi condado y por lo menos 10 días en mi distrito electoral antes de la próxima elección • La dirección actual anotada aquí es mi único domicilio legal y no reclamo otro lugar como mi domicilio legal • No estoy sujeto a ninguna condena por delito mayor ni otra pérdida de derechos civiles que haría ilegal que yo votara. Declaro bajo pena de perjurio que todo lo anterior es verdadero y correcto".

FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) | FECHA (REQUERIDA) ___/___/___

12 Su nombre y dirección residencial de su última inscripción para votar. (Nombre, calle, núm de apto., ciudad, estado y código postal de la dirección anterior)

13 ¡Importante! Si usted ayuda a una persona a inscribirse para votar y no ha sido designado funcionario encargado de inscripciones ("field registrar") por el Secretario o Registrador del condado, ni es empleado de una dependencia de inscripción electoral, TIENE QUE llenar esta casilla. Se requiere su firma. El no hacerlo es un delito mayor.

Nombre | Dirección postal | Ciudad/Estado/Código postal | Firma

SÓLO PARA USO DE LA DEPENDENCIA DE VALIDACIÓN. NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS A CONTINUACIÓN.

AGENCY STAMP HERE	☐ AGENCY ☐ FIELD REGISTRAR ☐ MAIL ☐ OTHER	CANCELLED INACTIVE PRECINCT	**APPLICATION NO.** HA RECEIVED BY:

↑ Separe Aquí ↑ | ↑ Separe Aquí ↑ | ↑ Separe Aquí ↑

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTA SOLICITUD

SELLO DE AGENCIA O NOMBRE DEL AGENTE, FUNCIONARIO ELECTORAL, O NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA SOLICITUD

NOMBRE DE LA PERSONA EN LETRA DE MOLDE QUE RECIBE LA SOLICITUD

FUNCIONARIO ELECTORAL O DEPENDENCIA
Información de contacto, dirección, teléfono, fax

RECIBO DE SOLICITUD PARA EL VOTANTE
(Guarde su recibo)

Si no recibe una *Tarjeta de Inscripción como Votante de Nevada* por correo dentro de 10 días, llame a su Departamento de Elecciones del Condado.

Núm. de Solicitud: HA

(Revised 8.2012)

SECRETARIOS Y REGISTRADORES DE LOS CONDADOS DE NEVADA Envíe por correo o presente su solicitud en la oficina del condado donde usted reside.		
CARSON CITY CLERK 885 East Musser Street, Suite 1025 Carson City, Nevada 89701-4475 (775) 887-2087	CHURCHILL COUNTY CLERK 155 North Taylor Street, Suite 110 Fallon, Nevada 89406-2748 (775) 423-6028	CLARK COUNTY REGISTRAR 965 Trade Drive Suite A P.O. Box 3909 Las Vegas, Nevada 89127-3909 (702) 455-VOTE (8683)
DOUGLAS COUNTY CLERK 1616 8th Street, 2nd Floor P.O. Box 218 Minden, Nevada 89423-0218 (775) 782-9023	ELKO COUNTY CLERK 550 Court Street 3rd Floor Elko, Nevada 89801-3700 (775) 753-4600	ESMERALDA COUNTY CLERK Corner of Crook & Euclid P.O. Box 547 Goldfield, Nevada 89013-0547 (775) 485-6367
EUREKA COUNTY CLERK County Courthouse, Main Street P.O. Box 677 Eureka, Nevada 89316-0677 (775) 237-5262	HUMBOLDT COUNTY CLERK 50 West 5th Street, #207 Winnemucca, Nevada 89445-3199 (775) 623-6343	LANDER COUNTY CLERK 315 South Humboldt Street Battle Mountain, Nevada 89820-9998 (775) 635-5738
LINCOLN COUNTY CLERK 181 North Main Street, Suite 201 P.O. Box 90 Pioche, Nevada 89043-0090 (775) 962-5390	LYON COUNTY CLERK 27 South Main Street Yerington, Nevada 89447-2571 (775) 463-6501	MINERAL COUNTY CLERK 105 South "A" Street, Suite 1 P.O. Box 1450 Hawthorne, Nevada 89415-0400 (775) 945-2446
NYE COUNTY CLERK 101 Radar Road P.O. Box 1031 Tonopah, Nevada 89049-1031 (775) 482-8127	PERSHING COUNTY CLERK 398 Main Street P.O. Box 820 Lovelock, Nevada 89419-0820 (775) 273-2208	STOREY COUNTY CLERK 26 South "B" Street Drawer "D" Virginia City, Nevada 89440-0139 (775) 847-0969
WASHOE COUNTY REGISTRAR 1001 East Ninth Street, Room A135 P.O. Box 11130 Reno, Nevada 89520 (775) 328-3670	WHITE PINE COUNTY CLERK 801 Clark Street #4 Ely, Nevada 89301-1994 (775) 293-6509	

OFFICIAL ELECTION MAIL
Authorized by the U.S. Postal Service