



Llene y envíe su aplicación de alguna de las siguientes maneras:

Por email: hs.energy@wakegov.com

Por fax: 919.212.7085

Por correo:

WakeHELPS/Energy Program
Wake County Human Services
P O Box 46833
Raleigh, NC 27620-6833

En persona:

Deposite sus documentos en alguno de los buzones ubicados en las siguientes oficinas de Servicios Humanos del Condado Wake:

- Swinburne Building, 220 Swinburne St., Raleigh
 - Eastern Regional Center, 1002 Dogwood Drive, Zebulon
 - Northern Regional Center, 350 E. Holding Ave., Wake Forest
 - Southern Regional Center, 130 N. Judd Parkway NE, Fuquay-Varina
-

Usted será notificado por email o por correo si su aplicación es aprobada o rechazada.

Aplicación para WakeHELPS
Asistencia para Servicios Públicos Residenciales
Servicios Humanos del Condado Wake

Nombre del cliente: _____

Nombre	Inicial	Apellido	Jr/Sr etc.
--------	---------	----------	------------

Domicilio residencial: _____

Dirección postal: _____

Calle	Ciudad	Código postal
-------	--------	---------------

Número telefónico: _____ Email: _____

Miembros del hogar (enliste a todos los individuos, incluyendo a usted)	Fecha de nacimiento	Número de Seguridad Social	Empleador	Ingreso (salario, tiempo extra, pago por riesgo, comisiones, cuotas, propinas y bonos antes de deducciones de nómina: cantidades y cada cuándo cobra) ¹	Fecha del último pago

Favor de indicar todas las fuentes de ingresos adicionales de cada miembro del hogar:

Fuente/tipo	Sí o No	Si sí, quién:	Cantidad:	Fecha del último pago:
Beneficios Work First	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Desempleo por pandemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Manutención infantil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Compensación laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pago por liquidación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Retiro/Pensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Paga a fuerzas armadas/militares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Autoempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pagos de asistencia por adopción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Asistencia para bienestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingreso por rentas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Intereses/Dividendos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Contratista independiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Regalos en efectivo recurrentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingreso por activos (ej. acciones, bonos, 401K, anualidades, liquidaciones, ganancias por lotería, herencias)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

¹ El ingreso actual anual de cada miembro del hogar debe ser verificado. El ingreso actual será convertido a cifras anuales con base en la frecuencia en la que es recibido. Favor de adjuntar documentación de respaldo, como talonario de pago o carta de ingresos, a esta aplicación.

Aplicación para WakeHELPS
Asistencia para Servicios Públicos Residenciales
Servicios Humanos del Condado Wake

Favor de indicar si alguien más en el hogar ha recibido o ha aplicado para otro beneficio de asistencia para energía o servicios públicos, sea directamente o como un reembolso o pago directo al proveedor del servicio público, desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 30 de diciembre de 2020:

Fuente/tipo	Sí o No	Si sí, quién:	Cantidad:	Fecha del último pago:
LIEAP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Crisis Intervention	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Energy Neighbor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Share the Warmth	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Helping Each Member Cope	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Wake Electric Roundup	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Wake Prevent	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Rental Assistance	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Los servicios públicos elegibles para pago que están en concordancia con esta aplicación de WakeHELPS incluyen aquellos considerados esenciales y utilizados directamente por el residente, incluyendo aquellos identificados en la Orden Ejecutiva 124 del gobernador Cooper, que de ser desconectados exacerbarían la salud pública y los riesgos a la seguridad. Bajo este programa, las facturas elegibles para un subsidio incluyen los servicios de electricidad, gas natural, agua, aguas residuales y desechos sólidos y cualquier combinación de estos, pero no incluyen servicios de telecomunicaciones ni multas/penalizaciones de servicios públicos por uso inadecuado o cuotas especiales o avalúos. Los aplicantes pueden presentar facturas de múltiples proveedores de servicios públicos correspondientes a las fechas cubiertas bajo este programa (27 de marzo de 2020 hasta 30 de diciembre de 2020), sujetas al pago máximo del programa.

Proveedores incluidos: AQUA, Ciudad de Raleigh, Ciudad de Cary, Duke Energy, Dominion, Poblados de Apex, Fuquay Varina, Holly Springs o Wake Forest, & Wake Electric.

Proveedor de servicio público: _____
 Nombre del cliente: _____
 Número de cuenta: _____
 Total adeudado: _____ Cantidad vencida: _____

ADJUNTE UNA COPIA DE LA FACTURA POR SERVICIOS RECIBIDOS DESDE EL 27 DE MARZO DE 2020 HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2020 PARA LOS CUALES USTED SOLICITA ASISTENCIA BAJO ESTE PROGRAMA.

Proveedor de servicio público: _____
 Nombre del cliente: _____
 Número de cuenta: _____
 Total adeudado: _____ Cantidad vencida: _____

ADJUNTE UNA COPIA DE LA FACTURA POR SERVICIOS RECIBIDOS DESDE EL 27 DE MARZO DE 2020 HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2020 PARA LOS CUALES USTED SOLICITA ASISTENCIA BAJO ESTE PROGRAMA.

Certificación por COVID:

- a. ¿La necesidad responde directamente al impacto de COVID-19? Sí No
 b. Si "Sí", favor de indicar la naturaleza del impacto de COVID-19:

- Pérdida de empleo/reducción de horas
 Enfermedad por COVID-19 o cuidado de alguien con COVID-19
 Otro: _____

Información ADICIONAL (otros miembros del hogar, ingreso adicional, etc.):

Aplicación para WakeHELPS
Asistencia para Servicios Públicos Residenciales
Servicios Humanos del Condado Wake

DERECHOS CIVILES

Ninguna persona en los Estados Unidos deberá ser excluida de participar, ser negada de recibir beneficios o ser sujeta a discriminación bajo este programa debido a su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, impedimento, creencias políticas, orientación sexual o religión.

ESTIPULACIONES Y GARANTÍAS DEL APLICANTE

Al presentar esta aplicación, certifico lo siguiente:

1. La factura por servicios públicos adjunta corresponde a servicios recibidos en mi residencia principal desde el 27 de marzo de 2020 hasta el 30 de diciembre de 2020 y de los cuales yo soy el titular de la cuenta.
2. Garantizo que en esta aplicación he reportado todos los programas de beneficios de energía y servicios públicos de los cuales me he beneficiado o a los cuales he aplicado, incluyendo los federales, estatales, locales, privados o de agencias no lucrativas.
3. Garantizo que en esta aplicación he reportado todas las fuentes de ingreso y he adjuntado la documentación que verifica mis ingresos.
4. He adjuntado a esta aplicación una copia de la factura por servicios públicos para los cuales estoy solicitando asistencia de pago.
5. Mi capacidad de pagar la factura por servicios públicos incluida en esta aplicación ha sido impactada directamente por COVID-19.
6. Otorgo mi consentimiento al Condado Wake para verificar cualquier información solicitada a terceros en conexión con esta aplicación.
7. Acepto hacerme responsable de cualquier consecuencia tributaria que resulte de mi participación en este programa.
8. Entiendo y estipulo que el beneficio máximo que puedo recibir bajo este programa es \$500.00 y que será mi responsabilidad pagar cualquier diferencia o saldo restante por cualquier servicio público una vez los beneficios de este programa se hayan agotado.
9. Entiendo y estipulo que es mi responsabilidad presentar todas las facturas para las cuales solicito asistencia de pago y que el Condado Wake no solicitará estados de cuenta a los proveedores de servicios públicos aquí enlistados.
10. Entiendo que mi participación en este programa podría descalificarme para otros programas de beneficios.
11. Entiendo que si califico para este programa, los pagos se harán directamente a los proveedores de servicios públicos en mi nombre y por una cantidad que no exceda el total facturado.
12. Entiendo y estipulo que los beneficios no están garantizados y que los fondos pueden agotarse antes de recibir la cantidad máxima.
13. El Condado Wake podrá cancelar este programa o mi participación en el mismo en cualquier momento y por cualquier motivo.

CERTIFICACIONES Y RECURSOS

Entiendo que es contra la ley declarar falsedades y que de hacerlo seré sujeto a enfrentar un juicio. También entiendo que si se realiza alguna declaración falsa en relación con esta aplicación, el Condado Wake podrá apelar a recursos disponibles bajo las leyes, incluyendo alivio monetario en la forma de pago y reembolso de todos los beneficios recibidos y/o los costos incurridos en la recolección de los mismos. Certifico que la información brindada es una declaración real y completa de los hechos según mi conocimiento y creencias. Otorgo a la agencia permiso para verificar cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad al Programa de Asistencia para Servicios Públicos WakeHELPS. Entiendo que la información contenida en este formulario podría ser revisada por un visor federal, estatal, del condado o la ciudad y estoy de acuerdo con dicha revisión.

Firma – Apicante

Fecha

CERTIFICACIÓN DE FIRMA ELECTRÓNICA

Ambas partes acuerdan aceptar una firma electrónica en lugar de una firma manual y que las firmas electrónicas contenidas en el presente documento son válidas como certificación, en concordancia con N.C.G.S. § 66-58.5. El aplicante certifica que ha respondido personalmente esta aplicación electrónicamente y que la firma es 1) única del aplicante, 2) válida como certificación, 3) bajo el control único del aplicante, 4) válida para validación, y 5) deberá ser considerada como original para todo propósito relacionado con esta Aplicación y la representación aquí planteada. El aplicante también certifica que las firmas electrónicas contenidas en el presente documento tenderán la firma fuerza y efecto de una firma manual en concordancia con N.C.G.S. § 66-58.5.

Firma – Apicante

Fecha