

# Formulario de solicitud de asistencia para servicios públicos de Pensilvania



**Si uno o más de sus servicios públicos se encuentran actualmente suspendidos, identifique cuáles:**

☐ Electricidad ☐ Agua ☐ Gas natural ☐ Aguas residuales

**Si tiene un aviso de suspensión de uno o más servicios públicos, identifique cuáles:**

☐ Electricidad ☐ Agua ☐ Gas natural ☐ Aguas residuales

**Comuníquese con su empresa de servicios públicos de inmediato si su servicio está interrumpido o en peligro de ser interrumpido; es posible que haya asistencia adicional disponible.**

<b>Nombre del solicitante</b> (Nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	<b>Dirección de correo electrónico</b>
<b>Dirección de servicio</b> (ej. Número y calle, apto., ciudad, estado, código postal)	
<b>Dirección postal</b> (si es diferente de la dirección de servicio)	
<b>Número de teléfono fijo</b>	<b>Número de teléfono celular</b>

(Opcional) **Número(s) de cuenta UGI:** \_\_\_\_\_

(Opcional) ¿Alquila su casa? ☐ Sí ☐ No

<b>Cantidad total de ocupantes del hogar, incluido usted - Adultos (18 años o más):</b>	<b>Niños:</b>
---	---------------

**Proporcione la siguiente información para todos los miembros del hogar (adultos y niños), incluido usted:**

Nombre, inicial del 2.º nombre, apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingresos antes de impuestos	Fuente(s) de ingresos
Nombre, inicial del 2.º nombre, apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingresos antes de impuestos	Fuente(s) de ingresos
Nombre, inicial del 2.º nombre, apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingresos antes de impuestos	Fuente(s) de ingresos
Nombre, inicial del 2.º nombre, apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingresos antes de impuestos	Fuente(s) de ingresos
Nombre, inicial del 2.º nombre, apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingresos antes de impuestos	Fuente(s) de ingresos
Nombre, inicial del 2.º nombre, apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingresos antes de impuestos	Fuente(s) de ingresos

Si hay miembros adicionales en su hogar, incluya su información en una hoja de papel aparte.

Si ningún adulto en su hogar tiene ingresos, complete y firme la declaración de ingresos cero adjunta.

# Formulario de solicitud de asistencia para servicios públicos de Pensilvania



Al seleccionar mis servicios públicos a continuación, comprendo que doy mi consentimiento para compartir mi información con ellos con el propósito limitado de ayudarme a inscribirme y/o recertificarme en los programas de asistencia de servicios públicos para los que califico. Entiendo que estas empresas de servicios públicos pueden necesitar comunicarse conmigo para obtener información adicional antes de determinar mi elegibilidad para sus programas de asistencia.

**Nota:** UGI no puede compartir su información con las empresas de servicios públicos que se enumeran a continuación. Debe comunicarse directamente con sus otras compañías de servicios públicos para hablar sobre las opciones de programas de asistencia disponibles y cómo solicitarlas. Si no ve sus servicios públicos enumerados a continuación, comuníquese con ellos directamente para averiguar si ofrecen alguna ayuda.

**Seleccione las empresas de servicios públicos que le proporcionan electricidad, agua y gas natural:**

Electricidad	Agua/Aguas residuales	Gas natural
<input type="checkbox"/> Duquesne	<input type="checkbox"/> Light Aqua	<input type="checkbox"/> Columbia Gas
<input type="checkbox"/> Met-Ed	<input type="checkbox"/> PA American Water	<input type="checkbox"/> National Fuel Gas
<input type="checkbox"/> PECO-Electric	<input type="checkbox"/> Pittsburgh Water and Sewer Authority	<input type="checkbox"/> PECO-Gas
<input type="checkbox"/> Penelec	<input type="checkbox"/> Veolia	<input type="checkbox"/> Peoples Natural Gas
<input type="checkbox"/> Penn Power	<input type="checkbox"/> York Water	<input type="checkbox"/> Peoples Gas LLC
<input type="checkbox"/> PPL		<input type="checkbox"/> Philadelphia Gas Works
<input type="checkbox"/> West Penn Power		<input type="checkbox"/> UGI Gas
<input type="checkbox"/> UGI Electric		

¿Tiene actualmente un proveedor alternativo para su energía (también conocido como Choice o Shopping)? ☐ Sí\* ☐ NO

\*En Pensilvania, puede optar por contratar un proveedor de energía distinto a su compañía de servicios local a través del programa Choice. Si marcó que "Sí" tiene actualmente un proveedor alternativo y desea inscribirse en el Programa de Asistencia al Cliente (Customer Assistance Program, CAP) de UGI, debe comunicarse directamente con su proveedor dentro de los 45 días para cancelar su contrato Choice. Tenga en cuenta que su proveedor puede cobrarle cargos por cancelación u otros cargos por finalizar su contrato Choice antes de tiempo. Comuníquese directamente con su proveedor para obtener detalles sobre cómo finalizar su contrato Choice. Después de cancelar el contrato con el proveedor, volverá automáticamente al servicio predeterminado de UGI.

**Afirmo que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Soy consciente de que puedo ser penalizado por hacer declaraciones falsas.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN:** ¡Este es un aviso importante! Para obtener información en su idioma, llame al 800-276-2722 o visite [www.ugi.com/assistance-programs](http://www.ugi.com/assistance-programs)

## Lista de verificación de la solicitud para el Programa de Asistencia al Cliente de UGI Utilities, Inc.



- ☐ Complete el formulario de Solicitud de asistencia para servicios públicos de Pensilvania que se encuentra adjunto.
- ☐ Adjunte una identificación válida emitida por el gobierno que tenga el nombre del titular de la cuenta UGI o de la persona que solicita el CAP si no es el titular principal de la cuenta UGI.
- ☐ Adjunte una constancia de ingresos de cada uno de los ocupantes del hogar que sean mayores de 18 años. A continuación puede ver los tipos de documentos aceptados como constancia de ingresos. Si no incluye ningún ingreso familiar, complete el formulario de Ingreso cero, que se encuentra en el reverso de esta página, y envíelo junto con la solicitud.
- ☐ Devuelva todo lo anterior a la organización comunitaria indicada en la carta adjunta.

Tipos de documentos de constancia de ingresos	Período aceptable
Talón de pago	Los 30 días previos o el período de pago más reciente disponible
Formulario W-2	El más reciente disponible
Carta de beneficios	Del año anterior si la carta de adjudicación actual aún no está disponible
Estado de cuenta	Últimos 30 días
Seguro Social	Del año anterior si la carta de adjudicación actual aún no está disponible
Jubilación	Del año anterior si la carta de adjudicación actual aún no está disponible
Discapacidad	Del año anterior si la carta de adjudicación actual aún no está disponible
Ingreso de seguridad complementario	Del año anterior si la carta de adjudicación actual aún no está disponible
Manutención de la pensión alimenticia	El más reciente disponible
Carta de determinación de desempleo	Carta de aprobación actual
Carta autenticada de la declaración de ingresos*	La más reciente disponible (dentro de 30 días)
Formulario de ingreso cero	Debe completarse en la CBO
Ingresos por alquiler	Últimos 30 días
*Esto es si ninguno de los otros tipos de documentos enumerados está disponible. Esto se aplicaría al trabajo estacional o por encargo.	

# Programa de asistencia para servicios públicos de Pensilvania Formulario de ingresos cero



## Reclamo por ingresos cero del hogar

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que ningún miembro adulto de mi hogar recibe actualmente ingresos de ninguna fuente.

## Gastos del hogar

Identifique cómo usted y los miembros de su hogar cubren los gastos de vida mensuales, como los gastos de vivienda (hipoteca o alquiler), comida y servicios públicos (facturas de electricidad, gas, agua o teléfono). Marque todo lo que corresponda:

- ☐ Estoy usando el dinero de los ahorros.
- ☐ Recibo apoyo financiero de amigos/familiares/comunidad.
- ☐ Otro. Explique a continuación

---

---

---

---

## Declaración jurada

**Certifico que la información presentada en esta solicitud es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.** Entiendo que proporcionar información falsa en esta solicitud es motivo para la denegación y rechazo de mi solicitud. Acepto que soy responsable de notificar a UGI si la información sobre mi hogar o mis ingresos cambia.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **GENERAL RULES FOR THE UGI UTILITIES CUSTOMER ASSISTANCE PROGRAM (CAP)**

- CAP Bills must be paid timely and shall not be the subject of payment extensions or payment arrangements. Failure to comply with on-time CAP payments may result in termination of service.
- CAP customers are encouraged to apply for the Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP).
- CAP participants must recertify and provide proof of income annually to verify the participants income is at or below 150% of the Federal Poverty Income Guidelines\*. Zero income customers must recertify every 6 months to remain in CAP. Failure to recertify within two billing cycles of being notified to do so may result in removal from CAP.

*\* When the LIHEAP Federal Poverty Level income guidelines are the same as CAP, LIHEAP Participants who receive a LIHEAP Cash or Crisis grant within the current or prior LIHEAP season or participate in DHS data sharing do not need to recertify and provide proof of income. Should the LIHEAP and CAP income requirements differ, UGI will notify the LIHEAP participating CAP customer of the responsibility to recertify on an annual basis.*

- You must immediately report any change in household size or income to your CAP community based organization (CBO).
- CAP monthly payment amounts are re-evaluated on a quarterly basis. Your personalized monthly CAP amount may change as a result of the quarterly review.
- Usage will be monitored. If you are identified as a high-use CAP customer, you must complete a questionnaire and participate in an energy education session with your local CBO. The sessions will assist you in understanding current usage patterns and provide helpful energy conservation information. Failure to reduce usage may result in removal from the program.
- Account classifications that are not eligible for CAP are health care facilities; landlord/tenant (account is in the landlord's name); ratepayer/occupant (the customer/ratepayer does not reside at the property); foreign load (one-meter supplies more than one unit); and natural gas/electric customers with an alternate supplier.
- Reasons for which a customer may be considered in default and removed from the program are:
  - Discovery of theft of service; or
  - failure to comply with the obligation of good faith, honesty and fair dealing while working with the CAP Administering Agency or UGI; or
  - any reason for which the customer's service may be terminated under Chapter 56; and
  - bankruptcy - at the time of the filing of bankruptcy all receivable amounts which may include pre-program arrearage will fall under the jurisdiction of the bankruptcy court and will no longer be eligible for CAP benefits.

**Once removed from CAP, your total UGI Balance will be due. The UGI balance includes all unforgiven dollars and unpaid bills. If you fall behind on your CAP payments, you may not be eligible for a payment arrangement.**



# Schuylkill Community Action- Formulario de admisión

Complete la siguiente información para usted y todos los miembros del hogar. Si no completa este formulario en su totalidad, es posible que se retrase el procesamiento de su asistencia. Continúe en la parte de atrás para los miembros adicionales del hogar.

Nombre	Cabezera del Hogar	Miembro del hogar 1	Miembro del hogar 2	Miembro del hogar 3	Miembro del hogar 4
Numero De Seguro Social					
Fecha de nacimiento					
Género					
La raza					
Etnicidad-Hispanic/Latino- (Si o No)					
Desabilitado (Si/No)- Si es Si, Físico o mental					
Militar- ( Veterano Activo, or No)					
Tiene Empleo- (Si/No) Si es si, Tiempo completo o Medio tiempo					
Plan Medico- (Si/No) Si es Si, Privado or del Gobierno					
Mayor Nivel de Educación Completado					

Aseguradora de salud (circule uno)	UPMC	Geisinger	Health Partners Plan	Amerihealth	Otro
------------------------------------	------	-----------	----------------------	-------------	------

Name

Date

## Miembros adicionales del hogar

Nombre	Miembro del hogar 5	Miembro del hogar 6	Miembro del hogar 7	Miembro del hogar 8	Miembro del hogar 9
Numero De Seguro Social					
Fecha de nacimiento					
Género					
La raza					
Etnicidad-Hispanic/Latino- (Si o No)					
Desabilitado (Si/No)- Si es Si, Físico o mental					
Militar- ( Veterano Activo, or No)					
Tiene Empleo- (Si/No) Si es si, Tiempo complete o Medio tiempo					
Plan Medico- (Si/No) Si es Si, Privado or del Gobierno					
Mayor Nivel de Educación Completado					