EOAC

Economic Opportunities Advancement Corporation
of Planning Region XI

Solicitud de Admision de Servicios Comunitarios

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- ☐ **Solicitud de Admision COMPLETADA**
- ☐ **Prueba de Ciudadania** para cada miembro del hogar
- ☐ **Prueba de TODOS los ingresos de los ultimos 30 dias** de cada miembro del hogar de **18 anos de edad o mas**, que trabaja o recibe asistencia.
  - Talones de cheque
  - Declaración del empleador (en papel con membrete de la empresa) que muestre los ingresos brutos de los últimos 30 días
  - Salarios por cuenta propia (Formulario de Declaración de Ingresos)
  - Cartas de adjudicación (TANF, Seguridad de Ingreso Suplementario, Seguro Social, Beneficios de Veteranos, Pensiónes, etc.) de este año
  - Beneficios de desempleo (imprimir desde TWC – Detalles de pago por semana)
  - Si no se ha ganado / recibido ningún ingreso, cada miembro del hogar de 18 años o más debe completar la Declaración de Ingresos
- ☐ **Bil de Electricidad Corriente.** Proporcione una copia del anverso y reverso de su bil más reciente que muestre el número del medidor y la dirección del servicio. En caso de aviso de desconexión, proporcione el bil de desconexión y el estado de cuenta anterior.
- ☐ **Bil de Gas o Propano Corriente.** Proporcione una copia del anverso y reverso de su bil más reciente que muestre el número del medidor y la dirección del servicio. En caso de aviso de desconexión, proporcione el bil de desconexión y el estado de cuenta anterior.

Recuerde: Cuando la aplicación se reciba con TODOS los documentos necesarios, se procesará en el orden recibido y por prioridad. Hasta que su aplicación sea procesada, usted es responsable de sus facturas de servicios públicos y de cualquier cargo por retraso que se aplique. Una vez que se haya procesado la aplicación, se le notificará si califica para recibir asistencia. Si califica para recibir asistencia, se programará una cita con un administrador de casos si es necesario. Toda la asistencia está sujeta a la disponibilidad de fondos.

****

La aplicación y todos los documentos solicitados se pueden devolver en persona, por correo, correo electrónico o fax.

- Direccion de Oficina: 500 Franklin Ave, Waco, TX 76701
- Direccion de Envio: 500 Franklin Ave, Waco, TX 76701
- Fax: (254) 756-7664

****

EOAC sirve a los condados de Bosque, Ellis, Falls, Freestone, Hill, Limestone, McLennan y Navarro

Esta página debe completarse para que EOAC determine cómo brindar asistencia

¿Ha solicitado ayuda de Texas Utility Help? **RESPUESTA REQUERIDA** ☐ **SÍ** ☐ **NO**

What type of assistance are you applying for through EOAC ***(pleaae check all that apply)***

Electricidad ☐

Gas ☐

Propano ☐

Manejo de casos (capacitación vocacional, asistencia educativa, asistencia laboral, etc.) ☐

Otros (especifique): _____ ☐

ESTE NO ES UN PROGRAMA DE DERECHOS. Toda la asistencia está sujeta a la elegibilidad y a la disponibilidad de fondos.

Solicitud de Asistencia

Ingrese la informacion completamente. POR FAVOR USE TINTA AZUL OSCURA O NEGRO. No llenar la aplicación por completo, proporcionar toda la documentacion requerida y las firmas demoraran el procesamiento de su aplicación.

Numero de Cliente

INFORMACION DEL APLICANTE:			
Apellido del Solicitante:	Nombre del Solicitante:	Fecha:	Condado:
Dirección física:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de envio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Celular / teléfono alternativo:	Correo electrónico:	

INFORMACION DEL HOGAR – Lista jefe del hogar seguida por todos los miembros que viven en el hogar

POR FAVOR USE LOS SIGUIENTES CODIGOS PARA COMPLETAR LA PARTE 2
Raza: Blanco, Afroamericano, Asiatico, Multi, Indio Americano, No Respuesta
Seguro Medico: Privado, Empleador, Medicaid, Medicare, Militario, CHIP, Ninguna.
Situacion Militar: Militar Activo, Veterano, Desconocido

Yo Mismo	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
2	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
3	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
4	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
5	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
6	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
7	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
8	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)

FUENTES DE INGRESOS: Indique TODOS los ingresos de adultos y niños mayores de 18 años durante los últimos 30 días				
Identifique los ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes:				
	Circule Sí o No		$ por Mes	Cuantas veces al Mes
Salario de Empleo	Sí	No		
Propinas y Bonificaciones	Sí	No		
Comisiones y Honorarios	Sí	No		
Regalos Recurrentes	Sí	No		
Servicio de Veteranos conectado	Sí	No		
Servicio de Veteranos sin servicio conectado	Sí	No		
Pensión alimenticia u otro apoyo conyugal	Sí	No		
Intereses / Dividendos	Sí	No		
Seguridad Social	Sí	No		
Ingreso suplementario de seguridad (SSI)	Sí	No		
Ingreso por discapacidad de la seguridad social (SSDI)	Sí	No		
Fondos de Jubilacion	Sí	No		
Pension	Sí	No		
Beneficios de Desempleado	Sí	No		
Compensacion Laboral	Sí	No		
TANF/AFDC	Sí	No		
Beneficios de Comida del SNAP	Sí	No		
Medicare/Medicaid	Sí	No		
Discapacidad Privada	Sí	No		
Manutencion de los hijos (anticipada, voluntaria, ordenada por el tribunal) (independientemente de si se paga)	Sí	No		
Otro	Sí	No		

Beneficios no monetarios: identifique los ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes					
Ayuda de Guarderia	___ Sí	___No	Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud	___ Sí	___No
Ayuda de Vivienda	___ Sí	___No	HUD-VASH	___ Sí	___No
LIHEAP (Climatizacion)	___ Sí	___No	Vivenda de Apoyo Permanente	___ Sí	___No
WIC	___ Sí	___No	Otro	___ Sí	___No

INFORMACION DE VIVENDA

Tipo: ___Casa Privada ___Casa Movil ___Apartamento ___Subsidiado/Vivenda Publica

Dueno: ___ Sí ___No $_____por Mes

Renta: ___ Sí ___No $_____por Mes

Utilidades Incluidas: ___ Sí____No

Si paga renta, ¿Cual es el nombre y telefoneo del Dueño? _____

Direccion del Dueño:_____Ciudad:_____Estado:____Codigo Postal:_____

TIPO DE HOGAR

___Persona Soltera	___Dos Adultos NO niños	___Madre Soltera	___Adultos no relativos con niños
___Otro	___Hogar de Dos Padres	___Padre Soltero	___Hogar Multigeneracional

INFORMACION DE UTILIDADES		
Compania Electrica:	# de Cuenta:	___Calentar___Enfriar____Los dos
Compania de Gas Natural:	# de Cuenta:	___Calentar___Enfriar____Los dos
Compania de Propano:	# de Cuenta:	___Calentar___Enfriar____Los dos
Compania de Agua:	# de Cuenta:	___Calentar___Enfriar____Los dos
Tipo de Aire Acondicionado: (circule una) Central Evaporador De Ventana Ningun	Tipo de Calentador: (circule una) Central Calentador Electrico Chimenea Calentador Portatil Calentador de Pared Ningun	

INFORMACION PRIORITARIA		
	Circule Una	
¿Hay alguien en el hogar que tenga 60 años o más?	Sí	No
¿Hay alguien en el hogar discapacitado?	Sí	No
¿Hay niños de 5 años o menos en el hogar?	Sí	No

CONFLICTO DE INTERESES

1. ¿Hay alguien en el hogar que actualmente se desempeñe como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo o designado de Economic Opportunities Advancement Corporation? SI / NO

Si afirmativo, identifique quien y el rol _____

2. ¿Hay alguien en el hogar relacionado con alguien que es empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo o nombrado de Economic Opportunities Advancement Corporation? SI / NO

Si afirmativo, identifique quien y el rol _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Si hay un conflict de intereses, esta applicacion require la firma del Director Ejecutivo.

Firma del Director de Programa:_____ Fecha: _____

Firma del Director Ejecutivo:_____ Fecha: _____

AUTORIZACIONES Y DIVULGACION DE INFORMACION

1. La información del hogar es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

2. Entiendo que el ingreso bruto de mi hogar está anualizado en el momento de la solicitud, de acuerdo con las normas y procedimientos preestablecidos de la agencia para recibir asistencia.

3. Autorizo a el Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y Economic Opportunities Advancement Corporation a solicitar y verificar información sobre mis facturas de servicios públicos y / o combustible, tanto pasadas como futuras, en la medida en que la información se use solo para proporcionar datos.

4. Soy un solicitante de Economic Opportunities Advancement Corporation y doy mi permiso para divulgar y verificar toda la información solicitada y entiendo que se mantendrá en estricta confidencialidad para ser utilizada solo para fines del programa. Entiendo que la fotocopia de este comunicado es tan válida como la original.

5. Doy permiso para que se tomen fotografías con fines de identificación, proyectos, publicaciones, boletines y actividades promocionales para Economic Opportunities Advancement Corporation. Doy permiso para que mis comentarios se utilicen en proyectos, publicaciones, boletines y actividades promocionales de Economic Opportunities Advancement Corporation.

6. Entiendo que la asistencia no está garantizada y continuaré haciendo pagos en mi factura.

7. Entiendo que si cambio de compañía de servicios públicos, debo notificar al trabajador social en un plazo de 5 días hábiles de mi nueva empresa de servicios públicos y el número de cuenta con el nombre en la cuenta. Si no notifico a Economic Opportunities Advancement Corporation de mi nueva empresa de servicios públicos, perderé los pagos adeudados. Cuando se proporciona la información, cualquier asistencia restante puede ser reincorporada.

8. Certifico que recibí un Consejos de conservación de energía (Folleto, Calendario, librete, tarjetas de juego, etc.).

9. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad, la cantidad de asistencia recibida o una demora en la entrega del servicio.

10. ENTIENDO QUE SOY SUJETO A PROSECCIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRADULENTE.

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y también entiendo que el recibo o la asistencia a través de declaraciones falsas o fraudes se puede castigar con una multa o prisión.

Firma del Solicitante:_____Fecha: _____

Firma del Administrador de Casos:_____Fecha: _____

Termination of Services Notice/ Aviso de Terminación de Servicios

Applicant Name /Nombre del Solicitante:

This notice is to inform you that you will be terminated from the CEAP/CSBG/WAP Program immediately for the following offenses if committed by you, the applicant, or any household member:

Este aviso es para informarle que se cancelará este programa inmediatamente por los siguientes delitos cometido por usted, el solicitante o cualquier miembro del hogar:

1. Belligerent or threatening behavior toward a staff member or any other person(s) while inside or outside any EOAC office.
   Comportamiento beligerante o amenazante hacia un miembro del personal o cualquier otra persona mientras dentro o fuera de cualquier oficina EOAC.
2. Verbal abuse, including the use of profanity at or in the presence of a staff member or any person(s), while inside or outside any EOAC office.
   Insultos a parte a oen presencia de un miembro del personal o cualquier otra persona(s) mientras que dentro o fuera de cualquier oficina EOAC.
3. Any type of actual physical confrontation toward a staff member or any other person(s) while inside or outside any EOAC office.
   Cualquier tipo de confrontación física real hacia un membro del personal o cualquier otra persona mientras dentro o fuera de cualquier ofician EOAC.
4. Providing a false or misleading information regarding any household member(s).
   Proporcionar false o engañosa información con respecto a cualquier miembro del hogar.
5. Theft from agency or staff member or any other person(s) while inside or outside any EOAC office. Theft is also identified as not returning EOAC funds refunded by an energy company.
   Proporcionar false o engañosa información con respecto cualquier miembro del hogar.
6. Violation of EOAC concealed and open carry handgun and firearm policy.
   Es una violación en EOAC llevar armas de fuego ocultas o ensenares una política.

I acknowledge that once terminated, I will not be allowed to reapply for any services with EOAC for a period of 1-2 years depending on the severity of the violation; and the ban from services will remain in effect even if the person(s) who committed the violation moves out.

I acknowledge that all documentation of the violation will be maintained in my client file, and that I shall have the right to appeal in writing to the Program Director within 10 days of the violation.

Reconozco que al finalizar, no se me permitirá volver a solicitar ningún servicio con EOAC porun período de 1 a 2 años, dependiendo de la gravedad de la infracción; y la prohibición de servicios seguirá en vigencia incluso si la (s) persona (s) que cometió la violación se mudan.

Reconozco que toda la documentación de la violación se mantendrá en mi archivo de cliente; y que tendré el derecho deapelar por escrito al Director del Programa dentro de los 10 días de la violación.

Applicant has a responsibility to / El solicitante tiene la responsabilidad de:

- Provide required information to verify eligibility for assistance whenever the case is opened or reopened. *Proporcione la información requerida para verificar la elegibilidad para recibir asistencia cada vez que se abra o se vuelva a abrir el caso.*
- Report any changes in the household – income, number of people in the home, etc. which may affect eligibility. *Informe sobre cualquier cambio en el hogar; ingresos, cantidad de personas en el hogar, etc. Que puedan afectar la elegibilidad*.
- Report any changes in utility provider when receiving utility assistance. *Informe cualquier cambio en el proveedor de servicios cuando recibe asistencia deutilidad.*

_____ _____

Client signature / Firma de cliente Date / Fecha

TEXAS DEPARTMENT OF HOUSING AND COMMUNITY AFFAIRS
Household Status Verification Form

Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)

Formulario de Certificación del Cuidadano/Nacional de EEUU Solicitante para CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP Subrecipients, y SHTF, ESG, HHSP, EH (subdivisión política solamente)

El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de America (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

Nombre los miembros del hogar	Ciudadano de los Estados Unidos de America (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EEUU (Si o No)	Extranjero Calificado (Si o No)	Nombre los documentos proporcionados para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulante.

Firma del Solicitante	**Fecha**

Firma del personal certificando la verificaron de documentos	**Imprima el nombre del personal**	**Fecha**

DECLARATION OF INCOME STATEMENT (DIS)
(DECLARACION DE INGRESOS)

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30 day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 dias antes del aplicar para asistencia)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation *(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):*

_____

_____

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveida de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveido información falsa ó fraudulenta.)*

_____ _____

(Applicant Signature/Firma del Solicitante) *(Date/Fecha)*

Autocertificación de Discapacidad

Nombre del Solicitante:

Nombre de la Persona Discapacitada:

Relación de la Persona Discapacitada con el Solicitante:

Personas con Discapacidades -- Cualquier persona que sea:

- Un individuo discapacitado como se define en §7(9) de la Ley de Rehabilitación de 1973;

- Bajo una discapacidad como se define en §1614(a)(3)(A) o §223(d)(1) de la Ley de Seguridad Social o en §102(7) de la Ley de Servicios y Construcción de Instalaciones de Discapacidades del Desarrollo; o

- Recibir beneficios bajo 38 U.S.C. Capítulo 11 o 15

Autorización del Solicitante para Declarar el Estado de Discapacidad:

Por la presente, autorizo con el propósito de confirmar mi elegibilidad como Persona con Discapacidad, de acuerdo con la definición de Persona con Discapacidad mencionada anteriormente.

_____ _____

Firma de la Persona con Discapacidad o Su Tutor *Fecha*

Autocertificación de Crisis que Amenazan la Vida

Nombre del Solicitante:

Nombre de la Persona con Crisis que Amenaza la Vida:

Relación de la Persona con la Crisis que Amenaza la Vida:

Crisis Potencialmente Mortal como se define a continuación (marque todo lo que aplica):

□ Paciente de Cuidados Críticos: el individuo utiliza equipos médicos de soporte vital en el hogar y la terminación del servicio público podría poner en peligro la vida de inmediato.

□ Paciente de Emergencia Médica: el individuo sufre de una afección médica existente que se verá agravada por la falta de servicios públicos.

Autorización del Solicitante para Declarar el Estado de Crisis que Amenaza la Vida:

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y precisa; y que la terminación de los servicios públicos sería potencialmente mortal para esas personas.

_____ _____

Firma del Solicitante *Fecha*

EOAC Formulario de Referencia Interna	
Complete la siguiente información, si está interesado en solicitar otras formas de asistencia proporcionadas por EOAC. Estos programas lo contactarán directamente cuando y si hay fondos disponibles. Las calificaciones para cada uno de estos programas son diferentes y pueden requerir información adicional.	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad/ Código postal:	
Número de Contacto Durante el Día:	
SERVICIO	✔ **para solicitar una referencia**
Calentamiento / Enfriamiento: Reparaciones o reemplazo de calentadores, unidades de ventana, etc.	
Climatización: Reparaciones menores en el hogar para evitar que el aire se escape o ingrese al hogar y ahorre energía.	
Administración de Casos (CSBG): Actualmente (o dispuesto) a trabajar en formas de aumentar los ingresos del hogar. Dispuesto a reunirse con el administrador de casos mensualmente. Los solicitantes calificados podrían recibir asistencia con matrícula, entrenamiento, uniformes, etc.	
Head Start/Early Head Start: Cuidado de niños para niños de 0 a 5 años, en los condados de McLennan y Falls.	
SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Este es un formulario de referencia interno. El personal del CEAP escaneará y enviará un correo electrónico al departamento correspondiente (consulte los SOP para obtener ayuda). Remisión Enviada Por:_____Fecha de Envío: _____	

EVALUACIÓN DE NECESIDADES					
Indique qué NECESIDADES tiene a continuación escribiendo "Sí" o "No" en la casilla. Si escribe "Sí", por favor explique la necesidad que experimenta para que podamos ayudarlo.					
SERVICIO	**Sí o no**	**EXPLICACIÓN**	**SERVICIO**	**Sí o no**	**EXPLICACIÓN**
Necesidades básicas: alimentos, ropa, cupones de alimentos, WIC, comidas sobre ruedas, emergencias, otros.			**Consejería**: Familia, Alcohol, Abuso de Sustancias, Juegos de Azar, Otros.		
Ingresos: SS, SSI, TANF, VA, Manutención de los hijos, presupuesto, otros.			**Transporte**: al trabajo, médico, reparación de automóviles, pase de autobús, otros.		
Empleo: Buscando trabajo, Currículum, Otro.			**Necesidades de los veteranos**: médicas, de entrenamiento, de reparación de la vivienda, de acceso para discapacitados, otras.		
Asistencia de servicios públicos: electricidad, gas, agua, otros.			**Necesidades Legales:** Manutención de Menores, Penal, Civil, Otras.		
Necesidades de Vivienda: Refugio Temporal, Subsidiado, Sección 8, Reparaciones, Climatización, Otros.			**Necesidades de salud:** vacunas, recetas, atención primaria de salud, atención de salud mental, otros.		
Calefacción/Refrigeración: Calentadores, Unidades de Ventana, Reparaciones, Calentador de Agua, Otros.			**Educación:** GED, Inglés como Segundo Idioma, Vocacional, Otros.		
Otras necesidades: cuidado de niños, cuidado de ancianos, otros.			**Otras necesidades no identificadas en esta evaluación.**		

NUEVO CLIENTE

SOLICITUD DE ASISTENCIA ENERGÉTICA / UTILIDAD

Gracias por su aplicación.
Espere 30 días para procesar su solicitud. Asegúrese de haber incluido sus facturas actuales de electricidad y gas.

¡¡IMPORTANTE!!
ESTA APLICACIÓN ES DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA UNA ASISTENCIA EXTENDIDA A LO LARGO DEL AÑO CALENDARIO.

APROBACIÓN: Si es elegible para los servicios, recibirá una carta de EOAC describiendo la asistencia de energía disponible para usted durante el resto del año. Usted es responsable de todos los pagos de servicios hasta que haya recibido la confirmación de nuestra oficina.

NEGACIÓN: Se le notificará por escrito si su solicitud está incompleta o si su hogar supera las pautas de ingresos elegibles.

PRIORIDAD DE LA FINANCIACIÓN: Tenga en cuenta que las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben, dando prioridad a las familias con miembros mayores o discapacitados y con niños menores de cinco años.

Debido al gran volumen de clientes que atendemos diariamente, le pedimos que no se comunique con nuestra oficina para verificar el estado de su solicitud. No podremos brindarle esa información. Nuevamente, se le notificará por escrito una vez que se procese.