



ECONOMIC OPPORTUNITIES ADVANCEMENT CORPORATION

COMMUNITY ACTION AGENCY

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE ADMISIÓN DE SERVICIOS COMUNITARIOS 2025

No se aceptarán solicitudes que carezcan de alguno de los documentos que se enumeran a continuación.

Solicitud completada
Certificado de nacimiento O pasaporte para TODOS los miembros del hogar
Licencia de conducir Identificación con foto para todos los miembros del hogar mayores de 18 años
Comprobante de ingresos de los últimos 30 días para los miembros del hogar mayores de 18 años Ejemplos: talones de cheques, carta de beneficios de pensión/jubilación, carta de TANF/SNAP, beneficios de desempleo, manutención de los hijos, carta de adjudicación por discapacidad del VA, carta de adjudicación de 2025 para el Seguro Social, SSI, SSDI <ul style="list-style-type: none">• NO se aceptan extractos bancarios ni formularios de impuestos.• <i>Si trabaja por cuenta propia, solicite un formulario de Declaración de Trabajo por Cuenta Propia de nuestra oficina.</i>• <i>Si algún miembro del hogar de 18 años o más no ha recibido ingresos en los últimos 30 días, se debe completar la Declaración de Ingresos.</i>
Copia de la factura de servicios públicos ACTUAL (electricidad, gas natural y/o propano) <ul style="list-style-type: none">• Esta factura debe mostrar claramente el nombre, el servicio, la dirección, el número de cuenta y el uso del titular de la cuenta.• EOAC no aceptará facturas de servicios públicos que se muestren en su teléfono.• Los avisos de desconexión no son facturas actuales, pero puede proporcionarlos junto con el estado de cuenta más reciente

Una vez que se reciba una solicitud con TODOS los documentos de respaldo, se procesará en el orden en que se reciba y por PRIORIDAD. El tiempo de procesamiento puede demorar hasta 30 días hábiles. Si no proporciona todos los documentos requeridos, su solicitud será descartada.

Nuestra oficina no podrá proporcionar el estado a menos que hayan pasado más de 30 días hábiles desde que recibimos una presentación completa. Una vez procesada la solicitud, se le notificará la determinación.

Este no es un programa de derechos. Toda la asistencia se basa en la elegibilidad y disponibilidad de fondos.

Usted es responsable de los pagos de sus facturas de servicios públicos en todo momento.

La solicitud puede ser devuelta a nuestra oficina por entrega, correo o fax
1800 N. Valley Mills Dr.
Waco, TX 76710

Servicios a la comunidad Teléfono: 254-756-0954
Servicios a la comunidad fax : 254-756-7664

EOAC ofrece asistencia para el pago de servicios públicos a través del **Programa Integral de Asistencia Energética** para hogares elegibles por ingresos que residen en los condados de Bosque, Ellis, Falls, Freestone, Hill, Limestone, McLennan y Navarro. Los hogares deben estar en o por debajo del 150% de las Pautas Federales de Pobreza.

Solicitud de asistencia para servicios públicos

La aplicación de Asistencia de Servicios Públicos se puede descargar de nuestro sitio web en <https://www.eoacwaco.org/community-services/application/>. Las solicitudes y todos los documentos requeridos solo se pueden enviar por correo, fax o entrega. Los solicitantes deben presentar una nueva solicitud con documentos de respaldo cada año calendario. No se aceptarán solicitudes de programas de años anteriores. No se aceptarán solicitudes incompletas. La solicitud debe incluir copias impresas de toda la documentación requerida.

Financiación y asistencia

La asistencia de servicios públicos se basa en los fondos disponibles, y se da prioridad a los hogares elegibles por ingresos con alto consumo de energía y facturación. También se da prioridad a los hogares vulnerables. **El Programa no es un programa de asistencia de emergencia o de derechos. No se le garantiza la asistencia.**

Acuerdos con proveedores

EOAC debe tener un Acuerdo de Proveedor ejecutado con el proveedor de servicios públicos para realizar promesas o pagos a una cuenta. Las solicitudes presentadas para proveedores sin un acuerdo ejecutado no se procesarán para obtener asistencia.

Responsabilidad de pago

Es su responsabilidad pagar su(s) factura(s) de servicios públicos durante el proceso de determinación de elegibilidad. Continúe revisando sus facturas mensuales y toda la correspondencia recibida de su compañía de servicios públicos. La falta de pago de su(s) factura(s) de servicios públicos puede resultar en la interrupción de sus servicios. Después de que se haya aplicado una promesa/pago de EOAC a su cuenta, se reflejará en su próximo estado de cuenta.

Subsidio de beneficios

La asignación de beneficios se basa en los ingresos del hogar, los fondos disponibles y el número de meses permitidos que quedan en el año del programa en el momento en que se revisa y procesa la solicitud.

Promesas vs. Pagos

Se contacta a las compañías de servicios públicos **después de** que se ha determinado la elegibilidad y se ha procesado una promesa. Una prenda es una promesa de hacer un pago. Una prenda asegura su cuenta de servicios públicos durante 45 días calendario.

Los pagos se realizan a la compañía de servicios públicos dentro de los 45 días calendario.

Saldos acreedores

Un saldo de crédito en una cuenta de servicios públicos indica que no hay necesidad de asistencia inmediata. EOAC no aceptará ninguna solicitud que tenga un saldo acreedor en su cuenta de servicios públicos. Si tiene un saldo acreedor en el momento del procesamiento de la solicitud, no será elegible para recibir asistencia. Puede volver a presentar la solicitud una vez que se haya agotado el saldo de crédito.

Cambios de dirección

Si se muda en cualquier momento después de que su solicitud haya sido presentada a nuestra oficina, es su responsabilidad notificar a EOAC de inmediato. Si no lo hace, perderá su(s) beneficio(s) para el año del programa.

Cambio de proveedores

Después de enviar su solicitud de asistencia de servicios públicos, le recomendamos que no realice cambios en su cuenta de servicios públicos, incluido el cambio de proveedores, números de cuenta y/o dirección de

servicio. Hacer cambios en su cuenta resultará en la pérdida de su(s) beneficio(s) para el año del programa.

Verificación del estado de la solicitud

EOAC no podrá proporcionar ningún estado en su solicitud a menos que hayan pasado más de 30 días hábiles desde la presentación de una solicitud y todos los documentos requeridos.

Economic Opportunities Advancement Corporation
licitud de Servicios Comunitarios para Asistencia
TODOS LOS CAMPOS DEBEN COMPLETARSE



Date:
 Received by:
 HH#

Nombre del solicitante o Cabeza de Familia:		Número de Seguro		
Dirección	Ciudad	Social:	Condado	Código Postal
Dirección Postal si es Diferente		Correo Electrónico		
Teléfono Principal	Teléfono Secundario o Alternativo	Referido Por		
¿Alguien en el hogar es empleado, miembro de la junta, familiar, amigo, exmiembro del personal de la Corporación para el Avance de Oportunidades Económicas? SÍ NO Si la respuesta es sí, por favor identifique el nombre y rol _____				

Por favor, marque el programa para el que está aplicando para el Año del Programa 2025:

Utilidades
 Gestión de Casos)
 Otra _____

Use esta leyenda para completar las Preguntas de Seguro de Salud, Estado Laboral, Educación, Raza y Etnicidad a continuación

Seguro de Salud: (se puede elegir más de uno)

- A. Medicaid
- B. Medicare
- C. Seguro de Salud Infantil Estatal (CHIP)
- D. Seguro de Salud Estatal para Adultos
- E. Atención Médica Militar
- F. Comprado Directamente
- G. Basado en el Empleo
- H. Ninguno

Educación:

- A. 0 – 8 Grado
- B. 9 – 12 Grado
- C. Graduado de Secundaria o GED
- D. Algunos Estudios Universitarios
- E. Graduado de Universidad de 2 o 4 años
- F. Graduado de otra Escuela Post-Secundaria

Estado Laboral:

- A. Tiempo Completo
- B. Medio Tiempo
- C. Trabajador Agrícola Migrante o de Temporada
- D. Desempleado (6 meses o menos)
- E. Desempleado (más de 6 meses)
- F. Desempleado (fuera de la Fuerza Laboral)
- G. Jubilado

Raza:

- A. Negro o Afroamericano
- B1. Hispano
- B2. Blanco
- C. Indígena Americano o Nativo de Alaska
- D. Asiático
- E. Multirracial (2 o más)
- F. Otro

TODOS LOS CAMPOS DEBEN COMPLETARSE PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR

Sí o No

Use la Leyenda anterior para completar esta sección

Nombre y Apellido	Relación contigo	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	M/F	SÍ O NO			SALUD	ESTADO LABORAL (18 años o mayor)	EDUCACIÓN	RAZA	Etnicidad
					ACTIVO MILITAR	Veterana	Destacivada					
1	mí mismo											
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

Para miembros adicionales del hogar, utilice una hoja separada

¿Su familia recibe alguno de los siguientes beneficios? (Marque todas las opciones que correspondan)

Jubilación de Seguridad Social Pensión TANF manutención infantil
 SSDI EITC Snap pensión alimenticia
 Seguro de Desempleo Seguro de Incapacidad Privado Compensación de Trabajadores
 Pensión por Incapacidad Pensión por Incapacidad Conectada al Servicio Militar Otro
 Pensión No Conectada al Servicio Militar

¿Su familia recibe alguno de los siguientes beneficios? (Marque todas las opciones que correspondan)

WIC Vale para Cuidado Infantil Vivienda Pública HUD-VASH
 Vivienda de Apoyo Permanente Vale de Elección de Vivienda Ley de Cuidado de Salud Asequible

¿Esta residencia ha recibido servicios del Programa de Climatización? Sí No ¿Cuándo? _____
¿En qué año se construyó su casa? _____ **¿Es PROPIETARIO o INQUILINO de su residencia?** _____
 Si es PROPIETARIO, ¿tipo de vivienda? Crivada óvil M óvil (Individual o Doble Ancho) Hipoteca Mensual: \$ _____
 Si es INQUILINO, ¿tipo de vivienda? Casa Privada Móvil (Individual o Doble Ancho) Apartamento
 Vivienda Subsidiada ¿Los servicios están incluidos en el alquiler? Sí, No Alquiler Mensual: \$ _____
 Nombre del Propietario: _____ Teléfono: _____

Tipo de Aire Acondicionado Utilizado: Unidad de Ventana Unidad Central CEnfriador Evaporativo Ninguno
Tipo de Calefacción Utilizada: Calefactor de Espacio a Gas Unidad Central (Gas o Eléctrica)
 Calefactor de Espacio Eléctrico Estufa — Gas P Calefactor de Pared
 Madera

Proveedores de Servicios Públicos	Número de Cuenta	Nombre del Titular de la Cuenta
Compañía Eléctrica:		
Compañía de Gas:		
Compañía de Propano		

¿Necesita una reparación o reemplazo de su unidad de calefacción o refrigeración?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
¿Le gustaría que un gestor de casos se contacte con usted para discutir servicios de gestión de casos y formas de aumentar los ingresos del hogar y salir de la pobreza?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
¿Le gustaría ser referido al Programa de Asistencia de Climatización?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
¿Tiene niños de 0 a 5 años que no asisten a la escuela? Si es así, ¿le gustaría recibir información sobre nuestro programa Head Start/Early Head Start? (Condado de McLennan y Falls)	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Reconozco que he recibido consejos para ahorrar energía (ubicados al final de esta solicitud).	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

Por favor, explique qué ha ocurrido en los últimos 30 días que le ha llevado a solicitar nuestra ayuda y/o una reducción en los ingresos:



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

Formulario de Certificación del Ciudadano/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 verificación 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 días 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)

Autorización

Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y sus agencias contratadas a solicitar/verificar información sobre mis historiales de facturación y consumo de energía, tanto pasados como futuros, en la medida que la información se utilice solo para determinar la elegibilidad del programa y proporcionar datos.

Advertencia: La Sección 1001 del código de EE. UU. hace que sea un delito penal hacer declaraciones falsas intencionadas o tergiversaciones a cualquier Departamento o Agencia de EE. UU. en cuanto a cualquier cosa dentro de su jurisdicción.

La autorización solo se renovará si cambia la solicitud.

Entiendo que una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

Certificación

- La información proporcionada es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento y creencia.
- Los ingresos de mi hogar han sido anualizados al momento de la solicitud según los procedimientos preestablecidos.
- Entiendo que puedo apelar una denegación de elegibilidad, la cantidad de asistencia recibida, o un retraso en la entrega del servicio.
- Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA) y sus agencias contratadas a solicitar o verificar información sobre mis facturas de servicios públicos y/o combustible, tanto pasadas como futuras, en la medida que la información se utilice solo para proporcionar datos relevantes para mi solicitud de asistencia.
- Estoy consciente de que estoy sujeto a ser procesado por proporcionar información falsa, engañosa o fraudulenta.

Liberación de Información

Por la presente doy mi permiso a la Corporación de Avance de Oportunidades Económicas para lo siguiente, y afirmo los entendimientos declarados:

- EOAC puede obtener información para completar mi solicitud de asistencia o servicios.
- EOAC puede compartir información necesaria con otras personas u organizaciones para proporcionar servicios de gestión de casos y/o asegurar recursos en mi nombre. Entiendo que la información solo se compartirá cuando sea necesario para cumplir con los requisitos de mi plan de servicio establecido.
- EOAC puede usar mi historia de éxito, imagen, grabación, tanto de audio como de video, en esfuerzos de relaciones públicas, y puede compartir lo mismo con otras entidades con o sin información de identificación personal cuando hacerlo sea para el bien de mejorar el desarrollo comunitario.
- Entiendo que EOAC puede usar mi imagen y/o historia de éxito al divulgar información del informe anual a entidades estatales y federales, y al hacerlo, proporcionará todas las garantías de que la información de identificación personal será redactada.
- Entiendo que no tengo derecho a ninguna compensación por el uso de mi historia o imagen.
- Continuaré proporcionando información sobre ingresos por razones de Gestión de Casos mientras sea necesario para que EOAC me libere del Programa de Autosuficiencia.

Firma del Solicitante:

Fecha:

/2025

For EOAC Office Use Only

Eligible? Yes No

Income denial? Yes No If yes, what is the annualized income?

Is there a priority member in the household? Elderly Disabled Child age 5 or younger
Does the household have a documented crisis? Yes NO

Recommended Assistance Component HCC UA Energy Aid Donated Funds Other

Case Manager

Date:

Nombre de la Persona con Discapacidad:

- por la presente certifico que tengo una discapacidad según se define en uno de los siguientes:
- 7(9) de la Ley de Rehabilitación de 1973
- 1614 (a) (3) (A) o 223 (D) (1) de la Ley de Seguridad Social
- 102 (7) de la Ley de Construcción de Servicios e Instalaciones para Personas con Discapacidades del Desarrollo (38 USC Capítulo 11 o 15)

Por favor, seleccione una opción:

- Recibo beneficios debido a mi discapacidad
- No recibo beneficios debido a mi discapacidad
- No recibo beneficios debido a mi discapacidad, pero he solicitado beneficios

Bajo pena de perjurio, he proporcionado información veraz en esta certificación. En Texas, según el Art. 37.101 del CÓDIGO PENAL, es un delito grave de tercer grado falsificar esta información.

Firma del Solicitante:

Fecha: /

/2025

Auto-Certificación de Crisis que Amenaza la Vida

Nombre de la Persona en Crisis que Amenaza la Vida:

Crisis que Amenaza la Vida según se define a continuación(marque todas las que apliquen):

Paciente de Cuidados Críticos: Individuo que utiliza equipo médico de soporte vital en casa y la interrupción del servicio público sería inmediatamente mortal.

Paciente de Emergencia Médica: el individuo padece una condición médica existente que se agravará por la falta de servicio público.

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y precisa, y que la terminación de los servicios públicos sería mortal para esos individuos.

Firma del Solicitante :

Fecha:

/

/2025

Terminación de Servicios

Este aviso es para informarle que será excluido de los programas de EOAC inmediatamente por las siguientes ofensas si son cometidas por usted, el solicitante, o cualquier miembro del hogar:

1. Comportamiento beligerante o amenazante hacia un miembro del personal o cualquier otra persona(s) dentro o fuera de cualquier oficina de EOAC.
2. Abuso verbal, incluyendo el uso de malas palabras en presencia de un miembro del personal o cualquier persona(s), dentro o fuera de cualquier oficina de EOAC.
3. Cualquier tipo de confrontación física real hacia un miembro del personal o cualquier otra persona(s) dentro o fuera de cualquier oficina de EOAC.
4. Proporcionar información falsa o engañosa sobre cualquier miembro(s) del hogar.
5. Robo a la agencia, a un miembro del personal o a cualquier otra persona(s) dentro o fuera de cualquier oficina de EOAC. El robo también se identifica como no devolver fondos de EOAC reembolsados por una empresa de energía.
6. Violación de la política de porte oculto y abierto de armas de fuego de EOAC.

Reconozco que una vez excluido, no se me permitirá volver a solicitar servicios con EOAC por un período de 1-2 años dependiendo de la gravedad de la violación; y la prohibición de servicios permanecerá en vigor incluso si la(s) persona(s) que cometió la violación se muda.

Reconozco que toda la documentación de la violación se mantendrá en mi expediente de cliente, y que tendré derecho a apelar por escrito al Director del Programa dentro de los 10 días de la violación.

El solicitante tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar la información requerida para verificar la elegibilidad para asistencia cada vez que el caso se abra o reabra
- Reportar cualquier cambio en el hogar – ingresos, número de personas en el hogar, etc. que pueda afectar la elegibilidad.
- Reportar cualquier cambio en el proveedor de servicios públicos cuando se reciba asistencia de servicios públicos.

Firma del Solicitante:

Fecha:
/ /2025

ATENCIÓN: POR FAVOR, CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SUS REGISTROS

Consejos Para Ahorrar Energía

Puedes hacer algo para mantener tus facturas de electricidad al mínimo siguiendo estos sencillos pasos.

1. **Ajuste del termostato:** Puedes reducir el costo de enfriamiento del aire acondicionado hasta un 14% simplemente aumentando la temperatura del termostato en 1 grado. Para ahorrar energía, recomendamos un ajuste a 78 grados.
2. **Aislamiento:** El aislamiento está diseñado para mantener el calor fuera durante el verano y dentro durante el invierno. Un buen aislamiento puede amortizarse en pocos años con el dinero ahorrado en calefacción y aire acondicionado.
3. **Deja que respire:** Los filtros sucios causan esfuerzos innecesarios y pueden provocar averías en el equipo. Los técnicos en aire acondicionado dicen que la mitad de sus llamadas de problemas se deben a filtros sucios. Sugerimos cambiar o limpiar tus filtros al menos una vez al mes, preferiblemente cada dos semanas para obtener los mejores resultados.
4. **Mantenimiento: Haz** que revisen y limpien tu unidad cada año para asegurar la máxima eficiencia y una larga vida útil. Revisa y limpia las bobinas si están sucias y verifica la carga del refrigerante y el estado de las correas para ajustes y desgaste.
5. **Eficiencia:** Si tu unidad tiene 10 años o más, deberías instalar un sistema nuevo, de tamaño adecuado y de alta eficiencia.
6. **No olvides tus conductos:** Puedes ahorrar un 5% o más en tus costos de aire acondicionado revisando tu sistema de conductos en busca de fugas de aire y asegurando un aislamiento adecuado.
7. **Ventilación del ático:** Las temperaturas del ático a veces alcanzan los 140 grados durante los meses de verano. Una buena ventilación en el ático reducirá la temperatura y disminuirá las necesidades de enfriamiento en el interior de la casa.
8. **Fugas de aire:** Puedes ahorrar hasta un 10% en costos de aire acondicionado con una casa bien sellada. Sella las fugas alrededor de puertas, ventanas, enchufes, placas de interruptores y salidas de plomería. El burlete también hará tu hogar más cómodo.
9. **A la sombra:** Si tu casa tiene muchas ventanas, especialmente en los lados este y oeste, ahorra dinero sombreando las ventanas con toldos, pantallas solares o contraventanas. Los árboles y arbustos que dan sombra a tu hogar también ayudan a reducir la carga de trabajo del aire acondicionado. Las persianas venecianas o cortinas también son útiles.
10. **Enciéndelo:** Usando los extractores de la cocina y el baño para eliminar el exceso de calor y humedad, puedes ahorrar cada mes en tu factura total de enfriamiento.
11. **Menor es mejor:** Puedes ahorrar dinero en tu factura de calentamiento de agua ajustando el control de temperatura a un moderado 140 grados, o tan bajo como sea necesario, y aún así tener suficiente agua caliente.
12. **Por la chimenea:** Si cierras el tiro de la chimenea durante el verano e invierno (cuando no esté en uso), ahorras en tus facturas de enfriamiento y calefacción. La instalación de una pantalla de vidrio para chimeneas también ayudará a evitar que el aire suba por la chimenea.