

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE LIHEAP

EN LÍNEA

NOVIEMBRE 2025 www.shelbycountycsa.org

Documentos que puede necesitar - LIHEAP CRISIS ASSISTANCE

Tenga listo para cargar (si corresponde):

- **Identificación con foto** para todos los miembros **del hogar mayores de 18 años** (*debe estar vigente, no vencida*)
- **Tarjetas de Seguro Social** para **todos en el hogar**
- **Certificados de nacimiento** para **niños de 5 años o menos**
- **Comprobante de ingresos durante los últimos 30 días** (talones de pago, cartas de beneficios u otros ingresos)
- **Factura de servicios públicos más reciente - AVISO DE CORTE**
- **Vale de vivienda o carta de acuerdo**, si corresponde
- **Prueba de discapacidad**, si corresponde
- **Prueba de condición de veterano**, si corresponde
- **Formularios pertinentes** (como formularios *sin ingresos o de trabajo por cuenta propia*; consulte la [página de inicio de LIHEAP](#) para obtener más detalles)

PARA CALIFICAR PARA CRISIS:

60 años +, tener hijos de 5 años o menos, prueba de discapacidad, veterano o requerir equipo de soporte vital;

O

El hogar ha experimentado uno de los siguientes:

Gastos médicos o domésticos imprevistos en los últimos 90 días: El hogar debe tener un gasto médico o doméstico importante imprevisto que exceda el 100% de su factura de servicios públicos. Documentación: recibos de pagos médicos u otros gastos importantes.

Pérdida reciente del trabajo o muerte del asalariado: El asalariado del hogar perdió su trabajo o murió en los últimos 12 meses. Documentación: aviso de terminación o despido, reclamos de seguro de desempleo o notificaciones de elegibilidad, obituario, certificado de defunción o programa funerario.

Pérdida de horas de trabajo significativas en los últimos 30 días: Los asalariados domésticos experimentaron una pérdida significativa de horas de trabajo en los últimos treinta (30) días. Documentación: carta del empleador que describa los detalles de las horas perdidas o los talones de pago.

Miembro del hogar que abandonó el hogar en los últimos 45 días: Un asalariado del hogar abandonó el hogar en los últimos cuarenta y cinco (45) días. Documentación: solicitud reciente de asistencia familiar (por ejemplo, Families First, SNAP), orden de protección, informe policial, contrato de arrendamiento revisado u otra documentación legal.

Verificación de Ingresos y Gastos

Nombre del Solicitante: _____ Número de Hogar: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Su solicitud de Asistencia Energética no muestra ingresos suficientes para pagar sus facturas mensuales. Complete este formulario para informarnos cómo pagó sus gastos de subsistencia durante el mes de: _____

IMPORTANTE: Su solicitud puede ser denegada si no completa este formulario.

Enumere sus facturas mensuales:			
Factura	Cantidad mensual	Factura	Cantidad mensual
Alquiler/Hipoteca		Pago de Carro/Seguro	
Comida		Gasolina	
Calefacción		Cable/Internet	
Electricidad		Artículos Personales	
Teléfono/Móvil		Otros Gastos	

¿Cómo paga sus facturas mensuales sin ingresos? Si no ha pagado sus facturas mensuales, explique por qué: _____

Si alguien le ayudó a pagar sus facturas en el mes indicado anteriormente, indique su nombre a continuación:

Nombre: _____ Total del Regalo: \$ _____

Nombre: _____ Total del Préstamo: \$ _____

¿Vive con un amigo o familiar? ¿Aparecen en la solicitud? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el nombre y el número de teléfono: _____

Durante el mes indicado anteriormente, ¿alguien que vive en su hogar tuvo las siguientes fuentes de ingresos?

Marque todas las que correspondan y **proporcione una prueba de ingresos con este formulario:**

☐ Trabajo a tiempo completo ☐ Trabajo a tiempo parcial ☐ Trabajador autónomo ☐ Indemnización por Accidente Laboral ☐ Desempleo ☐ Seguro Social/ SSD ☐ Pagos de A anualidades ☐ Pensión ☐ Manutención de Hijos ☐ Ingresos por Alquiler ☐ Programa del Condado/Gobierno ☐ Trabajo a cambio de dinero en efectivo (ingresos regulares) ☐ Otros _____

Marque todas las opciones que correspondan: (no se requiere comprobante)

☐ Asistencia de Emergencia o Vivienda ☐ Crédito por Ingresos del Trabajo ☐ Ahorros ☐ Préstamo con Garantía Hipotecaria ☐ Otros Préstamos ☐ Tarjeta de Crédito ☐ Beneficios Irregulares del Seguro

Para los miembros del hogar desempleados:

Nombre _____ Última fecha en que trabajó: _____

Nombre _____ Última fecha en que trabajó: _____

Los pagos realizados por terceros para proporcionar apoyo a su hogar se consideran ingresos. Al firmar este formulario, afirmo que considero que estos datos son precisos y veraces. Autorizo al proveedor local de servicios LIHEAP a verificar esta información. Puedo ser considerado responsable civil o penalmente, en virtud de la legislación federal o estatal, por realizar declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas.

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____

PARTE I: DATOS DE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

FECHA:

DIRECCIÓN ACTUAL:

PARTE II: INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD:

ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS
DEL # DE SS: xxx-xx-

La persona arriba mencionada es solicitante o participante en un programa financiado con fondos federales administrado por **SHELBY COUNTY CSA** y en colaboración con la Agencia de Desarrollo de la Vivienda de Tennessee (THDA, por sus siglas en inglés) y ha declarado que padece una discapacidad permanente. La discapacidad debe ser verificada para determinar todos los factores de elegibilidad para el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés). Agradecemos que complete este formulario lo antes posible.

FAVOR DE COMPLETAR EL CERTIFICADO MÉDICO

PARTE III: CERTIFICADO MÉDICO DE NECESIDAD – Para ser completado por el Médico/Profesional de la Salud

Definición de Discapacidad

La discapacidad se define como el cumplimiento de **uno o más** de los siguientes criterios:

1. Limitación Sustancial de la Actividad Lucrativa:

Incapacidad para realizar cualquier actividad lucrativa sustancial debido a una discapacidad física o mental médicamente determinable:

- Que se espera que provoque la muerte, o
- Que haya durado o se espera que dure un período continuo de no menos de 12 meses.

2. Discapacidad Crónica Grave:

Una discapacidad crónica grave que:

- Es atribuible a una deficiencia mental o física, o a una combinación de deficiencias;
- Se manifiesta antes de que la persona cumpla los 22 años.
- Es probable que continúe indefinidamente.

- Da lugar a limitaciones funcionales sustanciales en tres o más de las siguientes áreas de actividad vital importante:
 - (a) Autocuidado
 - (b) Lenguaje receptivo y expresivo
 - (c) Aprendizaje
 - (d) Movilidad
 - (e) Autodeterminación
 - (f) Capacidad para la vida independiente
 - (g) Autosuficiencia económica
- Refleja la necesidad del individuo de una combinación y secuencia de cuidados, tratamientos u otros servicios especiales, interdisciplinarios o genéricos, de duración prolongada o de por vida, planificados y coordinados individualmente.

3. **Discapacidad para la Vida Independiente:**

Una discapacidad física o mental que:

- Se espera sea de larga duración e indefinida;
- Impide sustancialmente la capacidad de la persona para vivir independientemente;
- Es de tal naturaleza que la capacidad de la persona para vivir de forma independiente podría mejorarse con unas condiciones de vivienda más adecuadas.

CERTIFICACIÓN

Yo, el **médico/profesional de la salud** abajo firmante, certifico por la presente que la persona indicada a continuación cumple la definición de discapacidad descrita anteriormente.

Favor de marcar todas las subsecciones aplicables:

☐ 1. Limitación Sustancial de la Actividad Lucrativa

☐ 2. Discapacidad Crónica Grave

☐ 3. Deterioro de la Vida Independiente

☐ **Ninguna de las anteriores**

Nombre de la Persona: _____

Fecha de Certificación: _____

Nombre en Letra de Molde del Profesional Certificador: _____

Cargo/Profesión: _____

Firma: _____

Número de Licencia: _____ **Estado:** _____

Número de Teléfono: _____

FIRMA DEL MÉDICO/PROFESIONAL DE LA SALUD:

FIRMA

FECHA

Nota: El título 18, sección 1001, del Código de los Estados Unidos establece que toda persona que, a sabiendas y voluntariamente, realice declaraciones falsas a cualquier departamento u organismo de los Estados Unidos o al Departamento de Salud y Servicios Humanos, tal y como lo lleva a cabo el programa LIHEAP a través del estado de Tennessee.

ACUERDO DE ASISTENCIA ENERGÉTICA LIHEAP PARA PROPIETARIOS/INQUILINOS

Este formulario debe utilizarse si la factura de energía de un cliente de LIHEAP está incluida en el costo del alquiler que paga a su arrendador.

Nombre del Arrendador: _____

Nombre del Inquilino: _____

Dirección de la Propiedad Alquilada: _____

Fecha de Mudanza: _____

Alquiler Mensual Total: \$ _____ Costos Mensuales de Energía: \$ _____

de cuenta de la factura de energía: _____ **(Favor de incluir una copia de la factura de energía)**

Nombre de la Cuenta de la Factura de Energía: _____

Proveedor de Energía: _____

Certificación del Arrendador

Acepto reducir el alquiler del inquilino a la cantidad que excluye el costo de la energía, hasta que se agote el beneficio aprobado. Una vez agotado la cantidad del beneficio aprobado, se restablecerá la cantidad del alquiler habitual del inquilino, que incluye el costo de la energía. Si por cualquier motivo el inquilino se muda o es desalojado antes de que se agoten los fondos, la parte restante será devuelta al inquilino. Si no se puede localizar al inquilino, cualquier saldo restante de LIHEAP se remitirá al Departamento del Tesoro del Estado de Tennessee a nombre del inquilino.

Firma del arrendador: _____

Fecha: _____

Firma del inquilino: _____

Fecha: _____

FORMULARIO DE INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA

Nombre del solicitante: _____

Tipo de empresa: _____

Con qué frecuencia recibe ingresos:

- ☐ Semanal
- ☐ Quincenal
- ☐ Bimensual
- ☐ Mensual

Estos ingresos de trabajo por cuenta propia son por el período del _____ al _____.

¿Hizo una declaración de impuestos este año? (marque uno con un círculo) **Sí** **No*** En caso afirmativo, es necesaria una copia de su declaración con toda la información

¿Hizo una declaración de impuestos el año pasado? *Sí No**

****Si no hizo una declaración de impuestos este año pero hizo una declaración de impuestos el año pasado, incluya una copia de la declaración de impuestos del año pasado.**

Fecha de recepción	Forma (efectivo, número de cheque, número de giro postal)	Monto	Gastos comerciales (tipo de gasto y monto)	Ingresos netos

Yo, _____, certifico que el presente es un registro verdadero y correcto de mis ingresos de trabajo por cuenta propia en los últimos 30 días.

Firma del solicitante

Fecha