



Fecha
-------

Nombre del Solicitante	Nombre del Titular de la Cuenta, si es Distinto	
Dirección		
Ciudad	Estado	Distrito Postal
Número de Teléfono ( )		
Total de Personas en el Hogar:		De más de 60 años de edad: _____
Cabeza de Familia está: <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Empleado(a) <b>(El Empleo se Debe Verificar)</b>		
Los ingresos totales del hogar son: \$_____ A la semana o \$_____ Al mes <b>(El salario se debe verificar)</b>		
Pidiendo Ayuda para (Marque Una de las Opciones)		
<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Combustible <input type="checkbox"/> Gas Natural <input type="checkbox"/> Gas Propano (en Botella) <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Madera		
Proveedor de Energía	Número de Teléfono ( )	
Número de Cuenta del Proveedor de Energía del Cliente		
¿Tiene usted Médica Grave en la Cuenta de su Proveedor de Energía Principal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Crisis Personal o Familiar (Explique)		
<b>Declaración de Solicitud:</b> Certifico que las declaraciones y documentos adjuntos indicados son verdaderos y precisos a mi mejor entender. Entiendo que dar información falsa puede resultar en la pérdida de elegibilidad para los beneficios. Entiendo que al solicitar asistencia de los programas de Dominion Energy – EnergyShare, la información proporcionada aquí puede compartirse con o darse a otras agencias para determinar la necesidad y la elegibilidad. Al firmar este formulario, permito que esta agencia intercambie información acerca de mí y de las personas de mi hogar con otras agencias. Además, autorizo a que cualquier agencia de servicios sociales o de empleo, o mi proveedor de servicios públicos le proporcione información confidencial al Programa EnergyShare y que permita acceso a toda la información de mi cuenta incluyendo la información de consumo.		
Solicitante (Firma)	Fecha	

### Para el Uso de la Agencia Únicamente

Número de Solicitante (si aplica):
<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Donación de Veterano <input type="checkbox"/> Donación de Incapacitado
Cantidad a pagar: \$ _____
Referido(a) a Climatización: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No – Razón por la que no se refirió: