



BVCAP

Instrucciones para Asistencia de Utilidades

Estimado solicitante,

Complete toda la información en cada página de la aplicación, incluyendo las páginas con firmas. Cualquier documentación requerida faltante podría retrasar su aplicación.

Por favor, mande copias de los siguientes documentos con aplicación:

1. Comprobante de ingresos (como carta de beneficios para el 2023, recibos de sueldo de los últimos 30 días, desempleo, etc.)
2. identificación para cualquier persona de 18 años o mayor
3. Tarjetas de Seguro social para todos (si tienen)
4. Certificados de Nacimiento para todos los miembros del hogar nacidos en USA
5. Prueba de residencia legal para todos miembros si nacieron fuera de USA
6. Factura de electricidad
7. Factura de gas natural o propano

Devuelva los documentos anteriores a uno de los siguientes:

1. Enviar por correo al: PO Drawer 4128, Bryan, TX 77805
2. Correo electrónico: anna.upchurch@bvcog.org
3. Fax: 979-595-2851
4. En la ranura que está ubicada en 4001 East 29th St. Suite 175, Bryan TX 77802

-Si tiene preguntas o quejas, llame al (979)595-2850

-Verifique sus documentos para asegurarse de que su solicitud este completa.

-Si su solicitud está incompleta, le enviaremos una carta explicándole que más se necesita.

-Las solicitudes se procesarán en el orden en que se reciban.



Application Acknowledgment

Name (nombre): _____ Date (fecha): _____

____ I acknowledge that I will be notified of support services and referrals in the following areas
 (Reconozco que estaran notificado de los servicios de apoyo y referencias en las siguientes areas):

<input type="checkbox"/>	Utility Assistance (<i>asistencia con utilidades</i>)
<input type="checkbox"/>	Crisis Appliance Assistance (<i>asistencia con electrodomesticos en tiempos de crisis climatica</i>)
<input type="checkbox"/>	Case Management (<i>manejo de asistencia personal</i>)
<input type="checkbox"/>	Housing (<i>alojamiento</i>)
<input type="checkbox"/>	Food (<i>comida</i>)
<input type="checkbox"/>	Medical/Dental (<i>medico/dental</i>)
<input type="checkbox"/>	Employment (<i>empleo</i>)
<input type="checkbox"/>	Personal/Family Issues (<i>problemas personales/familiares</i>)
<input type="checkbox"/>	Counseling Services (<i>servicios de asesoramiento</i>)
<input type="checkbox"/>	Education (<i>educacion</i>)
<input type="checkbox"/>	Transportation (<i>transportacion</i>)
<input type="checkbox"/>	Child Care (<i>cuidado de los ninos</i>)/Child Support Referral (<i>informacion de manutencion infantil</i>)
<input type="checkbox"/>	Head Start/Early Head Start
<input type="checkbox"/>	WIC
<input type="checkbox"/>	Financial Services (<i>servicios financieros</i>)
<input type="checkbox"/>	Weatherization
<input type="checkbox"/>	211

I understand that by signing this form, I am confirming (entiendo que al firmar este formulario, estoy confirmando):

- I have received the BVCAP application packet (*He recibido el paquete de aplicacion BVCAP*)
- I understand I am responsible for my bill (*Entiendo que soy responsable de mi factura*)
- I have been given information about program parameters of the CEAP bill pay system. (*Me han entregado informacion sobre los parametros del programa de ayuda de pago de facturas CEAP*)
- Former Military Service Members received referral to (*ex miembros del servicio militar recibieron referencias a*) <https://veterans.portal.texas.gov/>

Client Signature

Date

Aplicación de energía/vivienda

Nombre _____

Dirección Física _____

Ciudad, _____

Código Postal _____

Dirección postal _____

Ciudad, _____

Código Postal _____

Dirección de correo electrónico: _____

Condado _____

Número de teléfono _____

Celular # _____

Trabajo # _____

Dif. Contacto # _____

Seleccione todos los que se aplican al hogar:

60 o más	Miembro Discapacitado	Niño de 5 y menores	Otros	Ninguno
----------	-----------------------	---------------------	-------	---------

Tipo de Hogar	
(Seleccione uno)	
Madre Soltera Padre	Persona Soltera
Soltero	Hogar de dos padres
Dos adultos/sin niños	Otro

Relación con el Jefe/Jefe de Hogar	Etnicidad				Raza				Educación				Otros					
	Estado civil	Hispano o Latino	NO Hispano o Latino	Negro / Afroamericano	Blanco / Caucásico	Hispano	Amer. Indio/Alask Nativo	Asiático	Multi-Raza	Otro	Grado 0 - 8 (Especificar Grado)	Grado 9 - 12 (No-Grad)	High School Grado / GED	Algunos Post Secundario	2 Año / 4 Grado Año O Más	Tipo de Seguro o Ninguno	Discapacitado	Veterano Militar
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		

Nombre de las personas en el hogar _____ Fecha de nacimiento _____
 Número de Seguro Social _____ to Edad M/F

	Número de Seguro Social	to	Edad	M/F
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

INFORMACIÓN DE VETERANOS

Nombre Veterano	M/F	Army	Navy	Air Force	Marines	Coast Guard	Reserves	National Guard

Veterano se refirió a <https://veterans.portal.texas.gov/>

SITUACIÓN DEL HOGAR

¿Ha habido una crisis relacionada con el clima recientemente? No/Sí explicar

INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE SERVICIOS PÚBLICOS

Servicio Eléctrico:	Nombre de la Empresa: _____
	Número de cuenta: _____
	Nombre/Relación de la cuenta: _____

Servicio de gas:	Nombre de la Empresa: _____
	Número de cuenta: _____
	Número de cuenta: _____
Si es propano qué tamaño es el tanque? _____ Galones	

Servicio de agua:	Nombre de la Empresa: _____
	Número de cuenta: _____
	Nombre/Relación de la cuenta: _____

¿Ha vivido aquí menos de 1 año? **SI / NO** En caso afirmativo, ¿cuántos meses? _____

Dirección previa: _____ Proveedor eléctrico anterior/numero de cuenta: _____

Proveedor de gas anterior/numero de cuenta: _____

Circule cual se aplica en su Hogar

Enfriamiento
Sistema Central
Unidades de ventana
Ninguno

Principal tipo de calefaccion

Calefacion Electrica	Calefacion de Gas
Sistema Central	Sistema Central
Calentadores espaciales	Calentadores espaciales
Ninguno	Ninguno

OTRA INFORMACIÓN		Tipo de Vivienda		VIVIENDA	
Agricultor		Construida en Terreno		Propietario/Comprando	Rentando
Agricultor Migrante		Casa Mobil		Recibe Asistencia de Alquiler?	
Trabajador de temporal		Apartamento / Multifamiliar		HUD/Vivienda Publica	
Estampillas - Cantidad	\$	Otro			

FUENTE - FAMILIAR INGRESOS MENSUAL

Sin ingresos		Ingreso de Desempleo	
TANF		Empleo Plus	
SSI		Empleo SOLAMENTE	
Seguro Social		Otro	
Pension		Manutención Infantil - \$/ mo	
beneficios del VA		Cheque de reembolsado de servicios públicos	

A continuación, enumere todos los miembros adultos del hogar (de 18 años o más) y proporcione documentación de sus ingresos durante los 30 días anteriores a esta solicitud. Incluir los ingresos del empleo y otros tipos de asistencia. Si no se ha recibido ningún ingreso en los últimos 30 días, se debe completar una DECLARACION DE INGRESOS.

MIEMBRO DEL HOGAR	DOCUMENTACION	Avg ck amount	frecuencia salarial	Multiplicador	Paga annual

\$ _____ Ingreso anual total del hogar tamaño del hogar _____

Porcentaje de pobreza del hogar _____

¿El ingreso anualizado del hogar es o por debajo de las Pautas de Ingresos por Pobreza

Si

No

CERTIFICATION/CERTIFICACION

- 1 **The information provided is true and correct to the best of my knowledge and belief.**
La informacion proveida en esta forma es correcta segun mi mejor entendimiento.

- 2 **My household income will be annualized (SEE ATTACHED INCOME SHEET), at the time of application, according to pre-established agency procedures.**
Los ingresos de mi hogar estaran calculados anualmente segun los reglamentos prescritos por la agencia.

- 3 **I understand I may request a hearing to appeal a denial of eligibility, amount of assistance received, a delay of service delivery.**
Comprendo que puedo solicitar una audiencia para apelar decisiones que me afectan, tales como:
la eligibilidad al programa, asistencia recibida o tardanza de asistencia.

- 4 **I authorize the Texas Department of Housing and Community Affairs and its contracted Agencies to solicit/verify information, both past and future, to the extent the information is used only to provide data or documentation.**
Autorizo al "Texas Department of Housing and Community Affairs" y sus agencias contratadas a solicitar y verificar informacion sobre mis cuentas pasadas y futuras para luz y gas cuando la informacion se usa para reportar data estadistica.

Information Requested: _____

Return Information To: **BVCAP**

- 5 **I am aware this application is for all programs offered by the BVCAP Energy/Housing Services Office.**
Estoy enterado de que esta aplicacion es para todos los programas ofrecidos por la oficina de Energy/Housing Services.

- 6 **I AM AWARE THAT I AM SUBJECT TO PROSECUTION FOR PROVIDING FALSE OR FRAUDULENT INFORMATION.**
COMPRENDO QUE ESTOY SUJETO A SER PROCESADO SI LA INFORMACION ES FALSA O INCORRECTA.

- 7 **I ACKNOWLEDGE THAT AN ASSESSMENT OF MY HOUSEHOLD NEEDS HAS BEEN PERFORMED AT TIME OF APPLICATION AND APPLICABLE RECOMMENDATIONS / REFERRALS OFFERED.**
Reconozco que un estudio de mis necesidades de la casa se ha realizado en esta aplicacion y se han ofrecidos las recomendaciones y referencias aplicables.

Client Signature	Date	Intake Office
FOR OFFICE USE ONLY		
BVCAP Energy/Housing Services Staff	Date Application Approved / Complete	

**DECLARATION OF INCOME STATEMENT
(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)*

Monthly/Mensual

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)

Application Reviewer Signature

Date

BVCAP Representative Signature

Date



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 fraudulente.

--	--

Firma del Solicitante

Fecha

--	--	--

Firma del personal certificando la verificaron de documentos

Imprima el nombre del personal

Fecha