

Solicitud de asistencia financiera para los costos de energía del hogar

Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés)

Cómo solicitar el LIHEAP

- 1. Llene la solicitud adjunta. Responda todas las preguntas. Si su solicitud no está completa será retrasada o devuelta.
- 2. Envíe su solicitud completa y los documentos a la agencia del LIHEAP del condado en el que vive. Puede encontrar su agencia del LIHEAP en el reverso de esta página.

Cuándo solicitar el LIHEAP: asistencia energética (EA, por sus siglas en inglés)

- **Envíe su solicitud a partir del 1 de octubre de 2025, si:** Cualquier miembro de su hogar tiene 60 años o más, o si algún miembro del hogar tiene una discapacidad.
- **Envíe su solicitud a partir del 1 de noviembre de 2025, si:** Su hogar no incluye a ninguna persona de 60 años o más, o que tenga una discapacidad.
- El último día para solicitar EA es el 31 de mayo de 2026.

Cuándo solicitar el LIHEAP: Programa de intervención en crisis energética (ECIP, por sus siglas en inglés)

- Puede solicitar el ECIP de invierno desde el 1 de noviembre de 2025 hasta el 31 de mayo de 2026, para hogares con personas mayores o personas con discapacidades, y desde el 1 de diciembre de 2025 hasta el 31 de mayo de 2026, para todos los demás hogares.
- Todos los hogares pueden solicitar el ECIP de verano desde el 1 de junio de 2026 hasta el 30 de septiembre de 2026.
- El ECIP requiere que el hogar proporcione un aviso de desconexión para los pagos de energía.

Cómo solicitar el ECIP (Crisis)

- Si no ha recibido EA para este año, debe completar toda la solicitud.
- Si recibió EA desde el 1 de octubre de 2025 hasta el 31 de mayo de 2026 y no hay cambios, no necesita completar una nueva solicitud; comuníquese con su agencia local.

Después de enviar su solicitud

La agencia del LIHEAP revisará su solicitud:

- Recibirá una notificación de aprobación, denegación o solicitud de información adicional de la División de Apoyo Familiar.

Importante:

- Continúe realizando los pagos de servicios públicos a su compañía de servicios públicos.
- Los beneficios dependen de la financiación disponible.
- 1 factura + 1 medidor = 1 hogar

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA			
ASISTENCIA ENERGÉTICA (EA)		GRUPO	IMPORTES DE INGRESOS MENSUALES
A continuación, se muestra el monto máximo de pago que su grupo familiar puede recibir por una fuente de energía		TAMAÑO	0 %-60 % INGRESO MEDIO ESTATAL (SMI, por sus siglas en inglés)
Gas natural	\$326	1	2.840
Tanque de propano	\$495	2	3.714
Electricidad	\$318	3	4.588
Aceite combustible	\$326	4	5.461
Madera	\$219	5	6.335
Queroseno	\$153	6	7.209
Cilindro de propano	\$177	7	7.373
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS ENERGÉTICA (ECIP)		8	7.537
Invierno	Hasta \$800 del 1 de noviembre al 31 de mayo <u>con un aviso de desconexión</u> para pagos de energía	9	7.701
		10	7.864
Verano	Hasta \$300 del 1 de junio al 30 de septiembre <u>con un aviso de desconexión</u> para pagos de energía	Para grupos familiares con más de 10 miembros, agregue \$164 al ingreso mensual máximo por cada miembro adicional del grupo	

Dónde enviar su solicitud de LIHEAP

Busque su oficina local haciendo referencia al condado en el que vive.

Audrain, Boone, Callaway, Cole, Cooper, Howard, Moniteau, Osage

Central Missouri Community Action (CMCA)
800 N Providence Rd Ste 200
Columbia, MO 65203-4300
Número de teléfono: (573) 200-6655 Fax (573) 370-1212
Sitio web: <https://cmca.us/get-help/energy-assistance/>

Condado de San Luis

Community Action Agency of St. Louis County (CAASTLC)
2709 Woodson Rd
Overland, MO 63114-4817
Número de teléfono: (314) 446-4420 Fax (314) 446-4480

Andrew, Buchanan, Clinton, DeKalb

Community Action Partnership of Greater St. Joseph (CAPSTJOE)
1322 N. 36th St.
St. Joseph, MO 64506
Número de teléfono: (816) 233-8281 Fax (816) 233-8262
Respuesta de voz interactiva (IVR, por sus siglas en inglés): (816) 693-6868

Atchison, Gentry, Holt, Nodaway, Worth

Community Services, Inc. of Northwest Missouri (CSI)
PO Box 328
Maryville, MO 64468-0328
Número de teléfono: (660) 582-3113 Fax (660) 582-2965
Correo electrónico: rleader@csinwmo.org

Barton, Jasper, Newton, McDonald

Economic Security Corporation of Southwest Area (ESC)
PO Box 207
Joplin, MO 64802-0207
Número de teléfono: (417) 781-0352 Fax (417) 781-2011

Bollinger, Cape Girardeau, Iron, Madison, Perry, St. Francois, Ste. Genevieve, Washington

East Missouri Action Agency (EMAA)
403 Parkway Dr.
Park Hills, MO 63601-0308
Número de teléfono: (800) 392-8663 Fax (573) 431-7377

Dunklin, Mississippi, New Madrid, Pemiscot, Scott, Stoddard

Delta Area Economic Opportunity Corporation (DAEOC)
104 W Center St
Sikeston, MO 63801
Número de teléfono: (573) 931-8400 Fax (573) 931-8408

Caldwell, Daviess, Grundy, Harrison, Linn, Livingston, Mercer, Putnam, Sullivan

Green Hills Community Action Agency (GHCAA)
1506 Oklahoma Ave
Trenton, MO 64683-2587
Número de teléfono: (660) 359-6619 Fax (660) 359-2038

City of St. Louis, Wellston

Urban League (ULSTL)
1408 N. Kingshighway Blvd.
St. Louis, MO 63113
Número de teléfono: (314) 615-3632 Fax (314) 615-3632

Jefferson, Franklin

Jefferson-Franklin Community Action Corporation (JFCAC)
PO Box 920
Hillsboro, MO 63050-0920
Número de teléfono: (636) 789-2686 Fax (636) 789-2866

Camden, Crawford, Gasconade, Laclede, Maries, Miller, Phelps, Pulaski

Missouri Ozarks Community Action, Inc. (MOCA)
PO Box 69
Richland, MO 65556-0069
Número de teléfono: (573) 765-3263 Fax (573) 232-1638

Carroll, Chariton, Johnson, Lafayette, Pettis, Ray, Saline

Missouri Valley Community Action Agency (MVCAA)
1415 S Odell Ave
Marshall, MO 65340-3144
Número de teléfono: (660) 886-7476 Fax (660) 831-5039

Lewis, Lincoln, Macon, Marion, Monroe, Montgomery, Pike, Ralls, Randolph, Shelby, St. Charles, Warren

Northeast Community Action Corporation (NECAC)
805 Business Highway 61 N
Bowling Green, MO 63334-1351
Número de teléfono: (573) 564-4002 Fax (573) 213-4858

Adair, Clark, Knox, Schuyler, Scotland

Community Action Partnership Northeast Missouri (CAPNEMO)
PO Box 966
Kirksville, MO 63501-0966
Número de teléfono: (660) 665-9855 Fax (660) 665-6557
Correo electrónico: LIHEAP@capnemo.org

Douglas, Howell, Oregon, Ozark, Texas, Wright

Ozark Action, Inc. (OAI)
710 E Main St
West Plains, MO 65775-3307
Número de teléfono: (417) 256-6147 Fax (417) 256-0333

Barry, Christian, Dade, Dallas, Greene, Lawrence, Polk, Stone, Taney, Webster

Ozarks Area Community Action Corporation (OACAC)
215 S Barnes Ave
Springfield, MO 65802-2204
Número de teléfono: (417) 864-3460 Fax (417) 864-3472

Butler, Carter, Dent, Reynolds, Ripley, Shannon, Wayne

South Central Missouri Community Action Agency (SCMCAA)
PO Box 6
Winona, MO 65588-0006
Número de teléfono: (800) 325-4633 Fax (573) 325-4543

Jackson, Clay, Platte

Mid America Assistance Coalition (MAAC)
4001 Dr. Martin Luther King JR. Blvd., Suite 270
Kansas City, MO 64130-2350
Número de teléfono: (816) 768-8900 Fax (816) 768-8901

Bates, Benton, Cass, Cedar, Henry, Hickory, Morgan, St. Clair, Vernon

West Central Missouri Community Action Agency (WCMCAA)
112 W 4th Street
Appleton City, MO 64724-1402
Número de teléfono: (660) 476-2185 Fax (660) 476-5901

Solicitud de asistencia financiera para los costos de energía del hogar

Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés)

Solo para uso de la agencia
Sello de fecha

Parte 1: ingrese la información de contacto

Nombre				
Dirección de domicilio (o dirección a la que se muda)	Dpto. n.º	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la dirección de domicilio)	Dpto. n.º	Ciudad	Estado	Código postal
Condado de residencia	Correo electrónico		Número de teléfono	

Parte 2: complete la información de todos los miembros del grupo familiar

Enumere a todas las personas que viven en su grupo familiar, primero por usted. Complete cada casilla para cada miembro del grupo familiar. Si hay más de 10 personas que viven en su casa, enumere a las demás en una hoja de papel aparte.

Nombre	¿SNAP? Sí/No	Número de Seguro Social	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	¿Con discapacidad? Sí/No	Relación con usted	Raza	¿Ciudadano estadounidense? Sí/No
						SOLICITANTE		

¿Es usted propietario de su casa o está pagando su casa?.....☐ Sí ☐ No
 ¿Su casa fue climatizada por el programa de climatización de la agencia local?.....☐ Sí ☐ No
 ¿Su casa es completamente eléctrica?.....☐ Sí ☐ No
 ¿Usted o un miembro de su grupo familiar sufre de una afección médica potencialmente mortal?.....☐ Sí ☐ No

Parte 3: ingrese información de utilidad

- Indique en la sección “Fuente de combustible para mi hogar” a continuación que DSS solo pagará los beneficios de EA por el tipo de combustible seleccionado en esta sección.

Fuente de combustible para mi hogar							
☐ Gas natural	☐ Tanque de propano	☐ Eléctrico	☐ Madera	☐ Cilindro de propano	☐ Aceite combustible	☐ Queroseno	

Parte 3: ingrese información de utilidad (continuación)

Indique el nombre de su proveedor

Ciudad

¿El nombre de quién aparece en la cuenta?

Número de cuenta

¿Está actualmente sin esta fuente de energía porque se desconectó o se quedó sin combustible?

☐ Sí

☐ No

¿Actualmente está en riesgo de no tener esta fuente de energía seleccionada anteriormente porque puede ser desconectada pronto o tiene poco combustible?

☐ Sí

☐ No

Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas, complete la fecha de desconexión o la cantidad de madera, propano o electricidad prepaga que tiene:

Si tiene un aviso de desconexión, envíelo con esta solicitud.

Fuente de combustible adicional para mi hogar Déjelo vacío si su casa es completamente eléctrica. Si todo es eléctrico, asegúrese de que la información eléctrica esté incluida en la sección "Fuente de combustible para mi hogar".

☐ Gas natural ☐ Tanque de propano ☐ Eléctrico ☐ Madera ☐ Cilindro de propano ☐ Aceite combustible ☐ Queroseno

Indique el nombre de su proveedor

Ciudad

¿El nombre de quién aparece en la cuenta?

Número de cuenta

- Si usted o alguien en su hogar sufre de una afección médica potencialmente mortal, envíe una declaración médica de un médico o enfermero calificado. La declaración debe indicar que el miembro del hogar tiene una afección médica potencialmente mortal, pero no es necesario que indique un diagnóstico o afección.

Parte 4: ingrese información si no paga directamente a la compañía de servicios públicos

La cuenta está a nombre de mi arrendador y yo le pago a él mis costos de calefacción o refrigeración.

☐ Sí

☐ No

Vivo en una vivienda subsidiada o recibo la Sección 8.

☐ Sí

☐ No

Los gastos de calefacción están incluidos en mi alquiler.

☐ Sí

☐ No

Los gastos de refrigeración están incluidos en mi alquiler.

☐ Sí

☐ No

Nombre del propietario

Número de teléfono

Dirección del propietario

Parte 5: ingrese los ingresos del hogar

Si alguien en su hogar tiene ingresos provenientes de un trabajo o de un trabajo por cuenta propia:

- Complete esta sección para mostrar todos los ingresos que alguien recibe por propinas, pagos por servicios y salarios por todos los trabajos, incluso si alguien tiene más de un trabajo. Si necesita enumerar ingresos adicionales, proporciónelos en una hoja de papel aparte.
- Envíe copias de documentos que muestren todos los ingresos brutos recibidos por cualquier persona el mes pasado, como talones de pago. El ingreso bruto es el ingreso recibido antes de retener impuestos. Si alguien estuvo empleado en los últimos seis (6) meses pero no recibió ingresos de ese trabajo el mes pasado, proporcione prueba del salario final ganado y la última fecha en que trabajó para ese empleador.

Enumere a todas las personas de su hogar mayores de 18 años que recibieron ingresos de un trabajo el mes pasado. (Incluir todos los trabajos).

Nombre	Empleador	Frecuencia del pago	Monto bruto	¿Aún está empleado?
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

¿Alguien en el grupo familiar recibió ingresos por cuenta propia el mes pasado?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, envíe una copia del Formulario 1040 de Impuesto Federal sobre la Renta más reciente, incluido el Anexo 1, para cada persona que trabaja por cuenta propia junto con su solicitud.

Parte 6: ingrese la manutención infantil ordenada por el tribunal (si corresponde)

La manutención infantil ordenada por el tribunal que se paga a alguien fuera de su hogar se puede deducir para que no cuente como ingreso. Para recibir esta deducción, complete lo siguiente.

¿Alguien pagó manutención infantil ordenada por el tribunal el mes pasado a alguien fuera de su hogar? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuánto?
\$

Nombre de la persona que paga la manutención de los hijos

Enumere el número de caso de manutención infantil de 8 dígitos

Parte 7: ingrese otros ingresos

- Envíe copias de documentos que muestren los ingresos que recibió alguien el mes pasado. Si necesita enumerar ingresos adicionales de algún miembro del hogar, envíe una hoja de papel aparte con la información.

FUENTES DE INGRESOS	¿QUIÉN RECIBE ESTOS INGRESOS?	IMPORTE RECIBIDO	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBE?
Seguridad Social		\$	
Ingreso del Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)		\$	
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)		\$	
Ayuda suplementaria para ciegos (SAB, por sus siglas en inglés)		\$	
Pensión para ciegos (BP, por sus siglas en inglés)		\$	
Pagos estatales suplementarios (SSP, por sus siglas en inglés)		\$	
Cuidado de crianza		\$	
Pensión alimenticia		\$	
Manutención infantil Enumere el número de caso de 8 dígitos: _____		\$	
Compensación por desempleo		\$	
Beneficios para veteranos		\$	
Pensiones		\$	
Jubilación del ferrocarril		\$	
Renta recibida de terrenos o edificios		\$	
Dinero recibido de amigos, familiares u organizaciones		\$	
Asignación de las Fuerzas Armadas		\$	
Fondos sindicales o beneficios de huelga		\$	
Compensación al trabajador o incapacidad temporal privada		\$	
Otros ingresos no ganados Especificar: _____		\$	

Parte 8: ingrese la información de recursos: divídala entre los miembros del grupo familiar.

Si alguien en su grupo familiar tiene ahorros u otras cuentas, complete las cantidades totales de dinero que cada persona tiene en cada tipo de cuenta.

Tipo:	¿De quién es la cuenta?	¿Cuánto cuesta?
De cheques: Cuentas individuales y/o conjuntas		\$
Acciones/Bonos y Fondos Mutuos		\$
IRA/KEOGH y/o planes de compensación diferida		\$
Ahorros: Cuentas individuales y/o conjuntas		\$
CD, anualidades y/o mercados monetarios		\$

Parte 9: aviso de que puede obtener una audiencia imparcial; solo con fines informativos

Como solicitante del Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), puede solicitar una audiencia por los siguientes motivos:

- 1) Si su solicitud del LIHEAP es rechazada.
- 2) Si su solicitud del LIHEAP no se revisa a tiempo.

La solicitud de audiencia se puede realizar por escrito, por teléfono, por fax o en persona.

Documentos que debe enviar junto con su solicitud para evitar retrasos en el procesamiento (envíe copias, los originales no serán devueltos):

- ☐ Solicitud completamente completa, firmada y fechada.
- ☐ Comprobante del número de Seguro Social de todos los miembros del hogar. (Como tarjeta de seguro social, carta de concesión, W-2)
- ☐ Copias de los servicios públicos y/o calefacción y refrigeración de sus fuentes de combustible, incluidos los avisos de desconexión. La persona que figura en la factura de combustible debe ser un miembro del hogar mayor de 18 años.

Documentación que debes enviar si algún miembro de tu hogar tuvo ingresos el mes pasado:

- ☐ Comprobante de todos los ingresos del último mes de todos los miembros del hogar. Los miembros del hogar que son beneficiarios activos de SNAP no necesitan proporcionar prueba de ingresos.
- ☐ Copias del Formulario 1040 de Impuesto Federal sobre la Renta más reciente, incluido el Anexo 1, de cualquier miembro del hogar que haya obtenido ingresos por trabajo autónomo el mes pasado.

Parte 10 - Consentimiento para que la Agencia LIHEAP procese (revise) esta solicitud

Lea el Consentimiento para el Procesamiento en el cuadro a continuación y firme. **Si no firma y fecha la solicitud, su solicitud LIHEAP no será procesada.**

Por la presente solicito asistencia bajo las leyes LIHEAP del Estado de Misuri administradas por el Departamento de Servicios Sociales (DSS). Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado es correcta y completa según mi leal saber y entender. **Comprendo que la información que he proporcionado en esta solicitud deberá ser verificada por la agencia del LIHEAP.**

Si algún miembro del hogar declarado en mi solicitud actualmente recibe SNAP, TANF o manutención infantil, por la presente autorizo a la agencia LIHEAP a utilizar mi archivo de la División de Apoyo Familiar (FSD, por sus siglas en inglés) para la elegibilidad de LIHEAP. Por la presente autorizo a la agencia LIHEAP, FSD y a mi proveedor de combustible a proporcionarse mutuamente cualquier información de mi cliente, solicitud y cuenta (como: dirección de servicio, fuente de energía, número de cuenta del cliente, monto vencido, aviso de desconexión, etc.) para determinar mi elegibilidad y administrar el programa. Doy permiso a DSS para utilizar la información proporcionada en este formulario para fines de investigación, evaluación y análisis del programa.

Entiendo que puedo ser multado, encarcelado o ambas cosas según la ley estatal o federal si hago declaraciones falsas en esta solicitud para obtener beneficios que no tengo derecho a recibir.

☐ Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede aplicarse de la misma manera que una firma escrita.

*Firma	*Fecha
--------	--------

Entregar

Asegúrese de guardar su solicitud antes de enviarla