



## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA

PROGRAMA CARE es un programa administrado por Energy Outreach Colorado, una organización independiente sin fines de lucro, fundada en 1989 para recaudar fondos para asistencia con la energía. En asociación con su proveedor de servicios públicos y el centro local de recursos energéticos, Energy Outreach Colorado trabaja para ofrecerle mejoras de eficiencia energética a clientes quienes tienen 80% o menos del ingreso promedio para el área.

Si está interesado en esta programa, por favor complete esta solicitud y devuélvala a Energy outreach Colorado por correo electrónico, fax o dirección postal en la última página.

A través de su participación en el programa, usted podría calificar para

la instalación de las siguientes medidas: LED, refrigerador Energy Star, sellado de aire, aumento del aislamiento de ático, aumento del aislamiento de la pared, aislamiento del espacio de acceso, reemplazo del horno, ventanas contra tormentas, sellado de ductos, cabezales de ducha, etc.

También le recomendamos que presente una solicitud para el programa LEAP, el cual está abierto del 1 de noviembre hasta el 30 de abril. Puede llamar al 1-866-HEAT-HELP para obtener más información.

¿Preguntas? Envíe un correo electrónico a [care@energyoutreach.org](mailto:care@energyoutreach.org) o llame al 303-226-5061 y pregunte por el programa CARE.

### INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre completo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

# de teléfono primario \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Ha recibido ayuda para pagar su factura de servicios?  Sí  No

¿De LEAP u otro programa?  LEAP  Otro programa \_\_\_\_\_

Número de personas en la casa (TODOS en la casa): Adultos \_\_\_\_\_ Niños \_\_\_\_\_ Con discapacidad \_\_\_\_\_ Personas mayores \_\_\_\_\_

Identidad de género:  Femenino  Masculino  No-Binario  Prefiero no decir

Empleado:  Sí  No

Identidad Étnica:  Asiática  Negro/Afroamericano  Caucásica  Hispano/Latinx  Indio Americano/Nativo de Alaska  
 Isleño Pacífico/Hawaiano Nativo  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de este programa?  Volante/Cartel de la puerta  Artículo de periódico/Anuncio  Recomendación de: \_\_\_\_\_  
 Organización local sin fines de lucro  Otro: \_\_\_\_\_

### DOMICILIO

Dirección física \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

La dirección física y postal son las mismas

Dirección postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### DATOS DEL HOGAR

Tipo de vivienda:  Apartamento/Condominio/Town Home  Casa  Casa móvil  
 Dueño  Renta\*

\* Si la vivienda es rentada, el propietario **DEBE** firmar la página de Autorización del Propietario.

¿Tipo de sistema de calefacción?  Gas  Eléctrico  Caldera  Propano  Estufa de madera/pellets

¿Ha sido climatizada su casa en los últimos 10 años?  Sí  No

LA SOLICITUD CONTINUA AL DORSO

## PROVEEDORES ACTUALES DE ENERGIA

Puede encontrar esta información en su factura. **DEBE** proporcionar esta información para que se pueda procesar su solicitud y pueda recibir servicios.

Proveedor de energía eléctrica \_\_\_\_\_ # de cuenta \_\_\_\_\_

Proveedor de gas natural o propano \_\_\_\_\_ # de cuenta \_\_\_\_\_

Nombre completo \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

## INGRESO FAMILIAR

Ingreso **Familiar** Anual antes de impuestos (el ingreso familiar total debe ser declarado): \$ \_\_\_\_\_

### ASISTENCIA PARA EL HOGAR

Calificará **AUTOMATICAMENTE** para el programa CARE si recibe uno de estos beneficios:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ayuda a no-videntes (AB)      | <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social (SSI)                    | <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda Sección 8                  |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para discapitados (AND) | <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social para discapitados (SSDI) | <input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, bebés y niños (WIC)        |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de comida         | <input type="checkbox"/> Seguro Social Suplementario (SSI)                  | <input type="checkbox"/> Ayuda temporal a familias necesitadas (TANF)      |
| <input type="checkbox"/> Pensión de vejez (OAP)        | <input type="checkbox"/> Desempleo  | <input type="checkbox"/> LEAP (Ayuda con la factura de servicios públicos) |

### DOCUMENTACION DE VERIFICACION DE INGRESO REQUERIDA

El solicitante **DEBE** presentar uno de los siguientes documentos con su solicitud completa.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Carta de Beneficios de la lista anterior                          | <input type="checkbox"/> Ingresos más recientes (3 talonarios de pago) |
| <input type="checkbox"/> La más reciente Declaración de Impuestos-Formulario 1040* del IRS | <input type="checkbox"/> Carta de Beneficios de Jubilación             |
| <input type="checkbox"/> Salarios o Declaración Fiscal W-2*                                | <input type="checkbox"/> Carta del Empleador                           |

\* Por favor quite su número de Seguro Social de los documentos

## AUTORIZACION DEL SOLICITANTE

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud y en cualquier otro documento de apoyo es correcta y verdadera. Libero a mi proveedor de servicios públicos y a Energy Outreach Colorado de cualquier y toda responsabilidad al suplir o solicitar dicha información. Libero a EOC para proporcionar información para servicios de climatización. Además, si se aprueba el trabajo, me aseguraré que un adulto estará presente durante cualquier trabajo que sea programado dentro de mi casa.

X

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PRESENTACION DE LA SOLICITUD

Los solicitantes pueden entregar sus solicitudes completas y firmadas a EOC o su organización local de CARE.



### Correo

Energy Outreach Colorado  
Attn: CARE Program  
225 E. 16th Avenue, Suite 200  
Denver, Colorado 80203

### Fax

(303) 825-0765

### Correo Electrónico

care@energyoutreach.org

### Preguntas

(303) 226-5061

### AGENCIA

### INFORMACION DE CONTACTO

## REQUISITOS DEL PROGRAMA

**1.** LAS CONDICIONES EXISTENTES DEL HOGAR Y EL EQUIPO MECANICO DEBEN SATISFACER LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA PARA SER ELEGIBLE PARA LAS MEJORAS DE EFICIENCIA ENERGETICA. **2.** TODAS LAS VIVIENDAS Y LOS ESPACIOS DENTRO DE LA VIVIENDA DEBEN SER ACCESIBLES Y PROPORCIONAR CONDICIONES LABORALES SEGURAS PARA LOS CONTRATISTAS DE LA INSTALACION. **3.** LA APROBACION DE UNA SOLICITUD DE EOC NO GARANTIZA QUE EL HOGAR DEL MIEMBRO O CLIENTE RECIBIRA LAS MEJORAS DE EFICIENCIA ENERGETICA. **4.** EOC Y TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS DEL PROGRAMA DE CARE SE RESERVAN EL DERECHO DE LLEVAR A CABO UNA INSPECCION DE LAS MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA FINANCIADAS. EL CLIENTE O MIEMBRO ACEPTA PROPORCIONAR ACCESO RAZONABLE PARA LA INSPECCION DE LA INSTALACION. SE PUEDEN HACER INSPECCIONES IN SITU HASTA UN AÑO DESPUES DE LA FECHA DE LA INSTALACION DE LAS MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA. **5.** EOC Y TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS DEL PROGRAMA CARE NO SON RESPONSABLES POR LA ELIMINACION O RECICLAJE DE BASURAS GENERADAS COMO RESULTADO DE ESTE PROYECTO; NO SON RESPONSABLES DE CUALQUIER DAÑO CAUSADO POR LA OPERACION O MALFUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO INSTALADO; Y NO GARANTIZAN QUE UN NIVEL DE ENERGIA O AHORRO DE COSTO ESPECIFICO RESULTARA DE LA IMPLEMENTACION DE MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA O DEL USO DE PRODUCTOS FINANCIADOS POR ESTOS PROGRAMAS. **6.** NO SE PERMITIRA QUE LOS SOLICITANTES OMITAN MEDIDAS DE EFICIENCIA ENERGETICA QUE SE ESTIMA QUE SON EFICIENTES EN FUNCION DE LOS COSTOS. AISLAMIENTO, SELLADO CONTRA EL AIRE Y MEDIDAS DE BAJO COSTO DEBEN SER ABORDADAS ANTES DE CONSIDERAR EL REEMPLAZO DE EQUIPO MECANICO.