



# Solicitud del Programa de Asistencia de Servicios Públicos (UAP)



## A. INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA UAP/SUBRECEPTOR

1. **Nombre del administrador:** Ciudad de Corpus Christi, Departamento de Servicios Vecinales

## B. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. **Nombre del solicitante:**

2. **Dirección de la calle:**

3. **Ciudad/Estado/Código Postal:**

4. **Condado:**

5. **Dirección de correo electrónico:**

6. **Teléfono residencial:**

7. **Teléfono celular:**

## C. INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR DE ELECTRICIDAD

1. **Nombre del proveedor de electricidad:**

**Información de contacto (correo electrónico y/o número de teléfono):**

## D. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES

a. **Monto total que actualmente se debe a su proveedor de electricidad: \$**

b. **Haga una lista de los meses actuales y futuros para los que está buscando ayuda:**

Tenga en cuenta que los meses de asistencia anterior, actual y futura no pueden exceder los 3 meses de asistencia o el pago máximo de \$500 del proveedor de electricidad.

### 1. Asistencia recibida

1. **¿Ha recibido asistencia para el pago de electricidad de otras fuentes (es decir, ciudad, condado, organización religiosa u otra organización) durante los meses que está buscando asistencia?**

Sí  No

Si no, omita el resto de esta pregunta.

a. **En caso afirmativo, ¿cuál fue el monto total pagado al proveedor de electricidad?**

- Enumere el mes (s) de asistencia para el pago del servicio eléctrico cubierto:

- ¿Cuál fue la fuente de asistencia (por ejemplo, nombre del programa de asistencia)?

# Solicitud del Programa de Asistencia de Servicios Públicos (UAP)

## INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DE LOS HOGARES

(Enumere todos los miembros del hogar)

Nombre completo (exactamente como aparece en la licencia de conducir u otro documento de identificación)	Relación a Jefe de Hogar	Fecha de nacimiento	Género	Estatus del estudiante	¿Recibe ingresos ?	Compruebe si es Veterano
1.	<input type="checkbox"/> Jefe de Hogar		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Co-Jefe <input type="checkbox"/> dependiente <input type="checkbox"/> Otro Adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
a. ¿Algún miembro del hogar mencionado anteriormente es un niño de crianza?			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿ quién?			
b. ¿Algún miembro del hogar que aparece arriba es un asistente residente?			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿ quién?			

# Solicitud del Programa de Asistencia de Servicios Públicos (UAP)

## F. ELEGIBILIDAD CATEGÓRICA

¿Es el hogar compuesto por 6 o menos miembros Y recibe beneficios bajo SSI (para el jefe o co-jefe de familia), LIHEAP, o SNAP?

Sí En caso afirmativo, adjunte la documentación de apoyo de origen y omita la sección H.  No

## G. INFORMACIÓN ACTUAL SOBRE EL EMPLEO

Agregue una hoja adicional si necesita espacio para enumerar los ingresos de los miembros adicionales del hogar.

1. Nombre del miembro del hogar:		Ocupación:		Teléfono del trabajo:	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de contratación:	Sueldo: \$	Periodo de Pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Semestral (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana:	Correo electrónico del empleador:
2. Nombre del miembro del hogar:		Ocupación:		Teléfono del trabajo:	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de contratación:	Sueldo: \$	Periodo de Pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Semestral (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana:	Correo electrónico del empleador:
3. Nombre del miembro del hogar:		Ocupación:		Teléfono del trabajo:	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de contratación:	Sueldo: \$	Periodo de Pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Semestral (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana:	Correo electrónico del empleador:
4. Nombre del miembro del hogar:		Ocupación:		Teléfono del trabajo:	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de contratación:	Sueldo: \$	Periodo de Pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Semestral (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otro		Horas trabajadas por semana:	Correo electrónico del empleador:

# Solicitud del Programa de Asistencia de Servicios Públicos (UAP)

<b>H. INFORMACIÓN ACTUAL SOBRE EL EMPLEO</b>				
Agregue una hoja adicional si necesita espacio para enumerar los ingresos de los miembros adicionales del hogar.				
<b>5. Nombre del miembro del hogar:</b>		<b>Ocupación:</b>		Teléfono del trabajo: (      ) -      -
<b>Nombre y dirección del empleador:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>
<b>Código postal:</b>				
<b>Fecha de contratación:</b>	<b>Sueldo: \$</b>	<b>Periodo de Pago:</b> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Semestral (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otro		<b>Horas trabajadas por semana:</b>
<b>Correo electrónico del empleador:</b>				
<b>6. Nombre del miembro del hogar:</b>		<b>Ocupación:</b>		Teléfono del trabajo: (      ) -      -
<b>Nombre y dirección del empleador:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>
<b>Código postal:</b>				
<b>Fecha de contratación:</b>	<b>Sueldo: \$</b>	<b>Periodo de Pago:</b> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Semestral (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otro		<b>Horas trabajadas por semana:</b>
<b>Correo electrónico del empleador:</b>				

**I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:** El Departamento de Servicios Vecinales (NSD) de la Ciudad de Corpus Christi, TX., solicita la información para los requisitos de presentación de informes. Aunque NSD agradecería recibir la información, puede optar por no proporcionarla. No puede ser discriminado sobre la base de la información, o sobre si decide o no proporcionarla.

Si no desea proporcionar esta información, marque esta casilla:

**Códigos** de etnicidad:

**H** – Hispano: Persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza. Términos como "Latino" u "Origen Español" se aplican a esta categoría.

**NH** – No Hispano

<b><u>Elija todos los códigos de Raza aplicables:</u></b> 1. Indio americano o nativo de Alaska 2. Asiático 3. Negro o afroamericano 4. Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico 5. Blanco	<b><u>Códigos de edad:</u></b> A. 0 – 17 años B. 18 – 24 años C. 25 – 61 años D. 62 años +	<b><u>Estado de discapacidad:</u></b> Una persona con una discapacidad tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida; un registro de tal impedimento; o se considera que tiene tal impedimento. La definición de discapacidad no incluye el uso actual e ilegal de o la adicción a una sustancia controlada.
---	--	--

Miembro	Código de Etnicidad	Código de Raza	Código de edad	Verifique si la persona tiene discapacidad
<b>Ejemplo</b>	<b>H</b>	<b>2, 3</b>	<b>C</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1 (Jefe)				<input type="checkbox"/>

# Solicitud del Programa de Asistencia de Servicios Públicos (UAP)

2				<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>

## J. LIBERACIÓN Y FIRMAS

Cada uno de los Solicitantes abajo firmantes para el Programa de Asistencia de Servicios Públicos (UAP) certifica que toda la información proporcionada en la Solicitud anterior es verdadera y correcta y por la presente autoriza la divulgación y/ o verificación de la información de empleo, arrendamiento e ingresos.

_____	_____	_____
<b>Nombre impreso del solicitante</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
_____	_____	_____
<b>Nombre impreso del solicitante</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>

**Advertencia: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos hace que sea un delito penal hacer declaraciones falsas intencionales o tergiversaciones a cualquier Departamento o Agencia en los Estados Unidos como a cualquier asunto de su jurisdicción.**

*Se harán adaptaciones razonables para completar la solicitud para las personas con discapacidades y se pondrá a disposición asistencia lingüística para las personas con dominio limitado del inglés.*

Envíe por correo o deje la solicitud a:  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE VECINALES**

1201 Leopard St., Corpus Christi, TX., 78401 O envíe un correo electrónico a

[utilityassistanceprogram@cctexas.com](mailto:utilityassistanceprogram@cctexas.com)

Si tiene alguna pregunta, llame 311



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ELECTRICIDAD

Dirección:	

Proveedor de electricidad en el hogar	
Número de cuenta	
Número de contacto	

## **A quien corresponda:**

Esta carta autoriza la divulgación de toda la información o solicitudes de servicios de proveedores de electricidad residenciales a:

**CIUDAD DE CORPUS CHRISTI**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la parte autorizada

\_\_\_\_\_  
Firma de Titular de Familia                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del co-titular de Familia                      Fecha