

Estimado **TrueNorth empower** Cliente:

Si usted tiene un vencidos o cierre previo aviso, 14 días o menos de la madera / bolas, del 25% o menos en su tanque / propano de combustible, puede solicitar la asistencia de calor y energía emPower llenando páginas 3-6 y el envío a TrueNorth de las siguientes maneras:

**CORREO ELECTRÓNICO:** applications@tnempower.org

**CORREO:** TrueNorth Community Services

¡Atención: emPower

PO Box 149

Fremont, MI 49412-0149

Si está recibiendo ayuda de una agencia para llenar la solicitud y su trabajador desea recibir la comunicación sobre el estado de su aplicación emPower, que llenen la parte de abajo y enviar con la solicitud.

**Atención Agencia Ayudar:**

(Por favor, proporcionar información de contacto si quieres recibir un aviso de nuestra determinación)

**Organismo:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Contacto:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Espera 10 días para procesar una solicitud completa**

**Nota:** Cada una futura solicitud de asistencia requiere una nueva solicitud y los documentos requeridos

Estamos aquí para ayudar, si tiene alguna pregunta o desea comprobar en su solicitud, llame al 231-355-5880 para hablar con un miembro del personal emPower en nuestro centro de llamadas en vivo, o ir a [www.truenorthservices.org](http://www.truenorthservices.org) y elige la Asistencia pestaña y luego calor y la energía de la forma de vídeo y de las preguntas más frecuentes.

Gracias,

**TrueNorth emPower**

**Espera 10 días para procesar una solicitud completa**

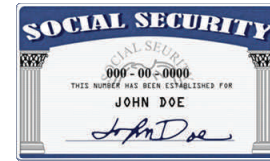
**Una Solicitud Incompleta será devuelto por la Solicitud de Documentos Obligatorios**

**Lista de comprobación Completa de Aplicaciones**

- Debe tener 18 años o más, y ya sea un ciudadano estadounidense o residente legal**
- Todas las páginas de la aplicación deben ser completados y devueltos a TrueNorth**
- La solicitud debe ser firmado y fechado**



- Persona que firma y la aplicación de citas deben presentar una copia de su identificación y Tarjeta de seguro Social**



- Prueba de todos los ingresos de los hogares**

Y / o manutención de los hijos, desempleo, asistencia en efectivo (FIP), subsidio de adopción / cuidado directo, compensación de trabajadores, Pensión alimenticia, intereses, rentas o dividendos, Autoempleo

**EARNINGS STATEMENT**

COMPANY NAME	PERIOD	EMPLOYEE ID	EMPLOYEE NAME	EMPLOYEE ADDRESS
Sample Company Name, Sample Company Address, 98220	01/01/13 - 12/31/13	44234	48883	10310-05003   112813
Sample Name	300-XX-3432	44234	48883	10310-05003   112813
SSN	4444	0000	0000	0000
GROSS WAGES	50	50	2,000.00	
FICA MED TAX			36.25	1,612.25
FICA SS TAX			150.00	8,275.00
FED TAX			500.00	25,100.00
CA S/T TAX			183.78	8,289.26
302			25.00	1,150.00
VIB ABLD	VIB BDCORNS	VIB NETPAY	CURRENT TOTAL	CURRENT EDITIONS
112,000.00	81,163.01	69,298.49	2,000.00	959.19
				1,240.81

**Últimos 30 días Talones de pago**

Social Security Administration  
Retirement, Survivors and Disability Insurance  
Notice of Award

Date: Jan 1, 2013  
Claim Number: 12345678910A

**Declaración de SSI / Seguridad Social**

John Doe  
1 Main Street  
Anytown, PA 12345

You are entitled to monthly disability benefits beginning [redacted]

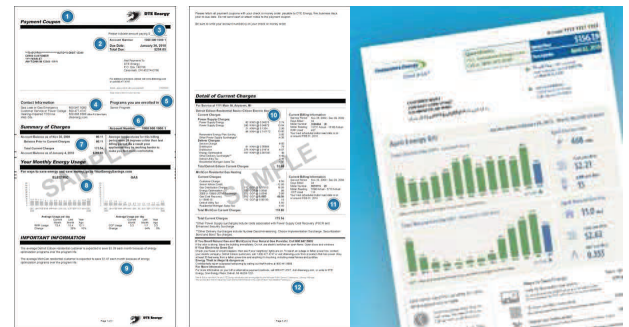
**What We Will Pay And When**

- You will receive [redacted] around [redacted]
- This is the money you are due for [redacted]
- Your next payment of [redacted] which is for [redacted] will be received on or about the second Wednesday of [redacted]
- After that you will receive [redacted] on or about the second Wednesday each month.
- The [redacted] and any future payments will go to the financial institution you selected. Please let us know if you change your mailing address, so we can send you letters directly.

The day we make payments will be the second Wednesday of your date of birth.

- Copia de servicios públicos (s) que usted está buscando ayuda:**

(No se requiere factura para el propano, el fuel oil, leña, Madera pellets, carbón o menos que tienen un pasado saldo a pagar o la espalda).



A continuación hago solicitud para el Programa de Asistencia de Energía de Michigan (MEAP). Entiendo que puede haber un retraso en el procesamiento si hay falta información. Las estaciones de crisis MEAP extiende desde el 1 de Noviembre hasta el 31 de Mayo, por tanto, la asistencia de emergencia puede no estar disponible el 1 de junio a través 31 de Octubre.

**Una solicitud incompleta será devuelta Solicitar información necesaria y demorará 10 días Procesamiento**

Nombre			Teléfono ( )		Otros ( )	
Primero	Inicial del segundo nombre	Último	Número de contacto alternativo			
Dirección de envoi			Ciudad	Estado	Zip	
Servicio de Dirección			Ciudad	Estado	Zip	
Servicio de suministro de direcciones, si la dirección postal es diferente						
Condado			Email			

Adjunte páginas adicionales si es necesario incluir miembros adicionales. Lista de todos los que viven en su hogar, incluyendo adultos y niños temporalmente ausente debido a una enfermedad o empleo. Las personas se consideran miembros de su familia si duermen y guardan sus pertenencias en su casa. Asegúrese de incluir la fecha de nacimiento y ciudadanía de estado para cada miembro con su número de la seguridad social de nueve dígitos.

<b>Listar Todos los miembros del hogar incluyendo Auto</b> Nombre y Apellido Inicial, Medio	<b>Relación con el aspirante</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Seguridad Social Número</b> (Todos los nueve dígitos Necesario)	<b>Disca pacitados</b> (Círculo Responder)	<b>¿Es usted un EE.UU. Ciudadano</b>
	AUTO			Si / No	Si / No
				Si / No	Si / No
				Si / No	Si / No
				Si / No	Si / No
				Si / No	Si / No
				Si / No	Si / No
				Si / No	Si / No

**Usted debe contestar todas las preguntas**

¿Cuáles son sus costos de servicios públicos total estimado para el mes? \$ _____		
¿Es dueño o alquila su casa?	<b>PROPIO</b>	<b>ALQUILAR</b>
Es cualquier miembro de la familia un veterano?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Ha recibido asistencia de energía a partir TrueNorth en el pasado?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿usted tiene o recibe usted beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Ha recibido asistencia de energía de otra agencia desde Octubre 1, 2016?	Fecha:	<b>SI NO</b>

Cómo calentar su hogar?:  Gas Natural  Propano  Electric Heat  Leña  Gasolina  Carbón  Otros (explicar)

<b>Inicio Calefacción crédito:</b> Recibió la calefacción casera de crédito en los últimos 6 meses	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Mes Recibidas
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	-----------	---------------

**Las razones de que necesitan ayuda (Marque todo lo que corresponda):**

- Bajos Ingresos de Hogares  Perdida de trabajo  
 Dificultades Médico  Otros (explicar):

**He tomado las siguientes medidas para reducir el consumo de energía y el costo de la energía (marque todo lo que corresponda):**

- Utilice CFL/Bombillas LED  Baje la temperatura del termostato  Reducir el termostato cuando lejos  
 Ajuste del calentador de agua Disminución  Apague las luces y aparatos electrónicos cuando no se utiliza  
 Burletes o envoltura de ventanas/puertas en plastic  Ninguna de las anteriores

Otros: \_\_\_\_\_ Nota: La asistencia no depende de su respuesta.

<b>Asistencia de Energía usted necesita ayuda con:</b> (Rellene la información necesaria para la electricidad y otra fuente de calor.)		
<b>Eléctric</b>	Nombre de la compañía:	Cuenta #:
	Nombre en la cuenta (Relación con el solicitante):	
<b>Gas Natural</b>	Nombre de la compañía:	Cuenta #:
	Nombre en la cuenta (Relación con el solicitante):	

<b>Necesidad de Emergencia</b>	
Fuentes de calor eléctricas incluyen paneles solares, calderas, radiadores o calefacción de la placa base, pero no incluyen los calentadores de espacio.	
<b>Compruebe el servicio(s) que usted está solicitando y la cantidad necesaria para resolver la situación de emergencia por 30 días :</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Hogar Calefacción \$ Si se trata de una cuenta de prepago, el importe en la cuenta \$
	<input type="checkbox"/> Electricidad (no calentar) \$ Si se trata de una cuenta de prepago, el importe en la cuenta \$
<b>¿Se ha dado la calefacción apagada o ha quedado sin su única fuente de combustible de calefacción</b>	
<input type="checkbox"/> Si, fecha de calor se apaga o cuando el combustible se agotó:	<input type="checkbox"/> No
<b>¿Ha recibido un pasado aviso debido o corte para su calor o está en riesgo de quedarse sin el combustible de calefacción</b>	
<input type="checkbox"/> Si, número de días hasta que el combustible se agota o servicio fecha está previsto que se apague:	<input type="checkbox"/> No
<b>¿Se ha apagado el eléctrico</b> <input type="checkbox"/> Si, fecha de apagado:	<input type="checkbox"/> No
<b>¿Ha recibido un pasado aviso debido o corte la electricidad para su</b>	
<input type="checkbox"/> Si, cuando está previsto el servicio a ser apagado:	<input type="checkbox"/> No

**Por favor verifique todas las fuentes de ingreso que su hogar ha recibido en los últimos 30 días:  
FIJE LA PRUEBA DE 30 DÍAS**

¿Algún miembro de su familia tiene ingresos  Si (marque lo que corresponda y adjunte los 30 días de prueba)  No

<input type="checkbox"/> Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Beneficios por Incapacidad	<input type="checkbox"/> Empleo/Ingreso del Trabajo
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Ingresos Autoempleo	<input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador
<input type="checkbox"/> Pensiones/Beneficios de Jubilación	<input type="checkbox"/> Paro	<input type="checkbox"/> El dinero de la familia/amigos
<input type="checkbox"/> Beneficios/Asignaciones Militares de Veteranos	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> Otros (ex: ganancias de la lotería) por favor enumere
<input type="checkbox"/> Certifico que la familia no tiene ingreso		
<input type="checkbox"/> Pagos tribales (Asistencia de Energía/LIHEAP, tribal GA, compartir casino/ganancias de juegos de azar, las reivindicaciones de tierras, etc.		
<input type="checkbox"/> Los ingresos de alquiler o un contrato de tierra, hipoteca u otro pago a nombre de un miembro del hogar.		

Persona con Ingresos	Tipo de Renta (Si está empleado, nombre del empleador)	Ingreso bruto mensual (Monto antes de impuestos y gastos)	¿Con qué frecuencia Recibido (Semanal, quincenal, mensual, etc.)
¿Ha habido algún cambio o qué se puede esperar un cambio en su ingreso familiar en los próximos 30 días		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, por favor explique brevemente a continuación:	

**GASTOS INGRESOS ELEGIBLES**

¿Paga su hogar alguno de los siguientes gastos? Si, marque lo que corresponda y **ADJUNTE PRUEBAS.**  Si  No

<input type="checkbox"/> <b>Primas de seguros de salud</b>	Cantidad \$	¿Frecuencia de pago	¿Cubre qué período de tiempo
<input type="checkbox"/> <b>Manutención de niños ordenada por la corte (pagado)</b>	Cantidad \$	¿Frecuencia de pago	¿Cubre qué período de tiempo
<input type="checkbox"/> <b>Fuera de su bolsillo los gastos de guardería (no por DHHS)</b>	Cantidad \$		
<input type="checkbox"/> <b>Los gastos relacionados con el empleo inusuales</b>	Cantidad \$	Explique Gasto	

**Si está disponible, decirnos qué otros recursos que estaría interesado en aprender acerca de:**

- |                                                 |                                                            |                                                        |                                     |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acceso a la tecnología | <input type="checkbox"/> información discapacidad          | <input type="checkbox"/> servicios de gestión de casos | <input type="checkbox"/> Educación  |
| <input type="checkbox"/> Comida                 | <input type="checkbox"/> Ayuda para el alquiler / hipoteca | <input type="checkbox"/> acceso a la salud             | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Otro _____             | <input type="checkbox"/> climatización del hogar           | <input type="checkbox"/> Empleo                        |                                     |

**empower Servicio Screening Instrument** (Debe ser completado con un círculo sus respuestas en la columna 2)

Categoría	CÍRCULO Una Carta para cada pregunta	Norte verdadero Sólo para uso personal
¿Cuál es su situación laboral	A) El empleo permanente/jubilación B) El empleo temporal/tiempo de temporada/parte C) Desempleo D) Discapacitado	
¿Qué nivel de educación tiene usted	A) Publicar H.S. grado B) H.S. diploma/GED C) No H.S. diploma/GED	
¿Cuál es el tamaño de su hogar	A) Individual B) 2-4 en los hogares C) 5 o más en los hogares	
¿Usted recibe asistencia alimentaria	A) Sin la ayuda alimentaria B) Recepción de asistencia alimentaria C) No hay acceso a la asistencia alimentaria	
¿Qué es la situación de su hogar	A) Vivienda estable B) Vivienda inestable/home perder C) Literalmente sin hogar	
¿Tiene acceso a la atención sanitaria	A) Todos los miembros de la familia cubiertos de atención asequible B) Algunos miembros de la familia cubiertos, algunos servicios asequibles C) No hay miembros de la familia cubiertos, hay servicios asequibles	
¿Tiene usted el transporte	A) Acceso inmediato, fiable y seguro para el transporte B) El acceso limitado/fiable/sin licencia/sin seguro para el transporte C) No hay transporte	
¿Tiene acceso a la tecnología	A) Acceso personal tecnología Full medios públicos y B) Acceso sin ninguna tecnología Limited ordenador/Internet, comprensión limitada C) Sin acceso a la tecnología	

**Requisito Firma**

Por favor firme abajo después de leer la siguiente información, de lo contrario esta solicitud será considerada incompleta

- Al solicitar asistencia a través de MEAP, usted puede ser referido o requerido para participar en servicios adicionales como presupuesto Asistencia, auditorías energéticas u otros programas que ayudarán a su hogar a pagar las facturas de energía y comprender el consumo de energía.
- Entiendo que tengo ocho días naturales para proporcionar todas las verificaciones solicitadas y no proporcionar la información anterior puede resultar en la denegación de mi solicitud.** Entiendo que dar información falsa puede dar lugar a la remisión a la Fiscalía por fraude. Entiendo que mi solicitud puede ser uno de los elegidos para una investigación completa. Un representante de la agencia o departamento puede llamar a mi casa y puede ponerse en contacto con otras personas con el fin de verificar mi elegibilidad para asistencia.
- Autorizo a la agencia o proveedor de ayudar a liberar mi nombre y dirección a la operadora local de climatización como parte del sistema de Climatización Referencia. Yo autorizo el departamento para liberar la información del caso y el pago al Departamento de Salud y Servicios Humanos, sus filiales y/o agencias contratadas, con el propósito de la investigación, el estudio y evaluación del Programa de Hogares de Bajos Ingresos de Asistencia de Energía (LIHEAP) y el Michigan Programa de Asistencia de Energía (MEAP).
- Yo autorizo a mi compañía de energía para liberar toda la información disponible acerca de mi cuenta por teléfono, fax, correo electrónico o su ordenador sitio web.
- Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que esta solicitud ha sido examinada por O LEER A MÍ. SI SOY UN TERCERO QUE APLICA EN NOMBRE DE OTRA PERSONA, JURO QUE ESTA SOLICITUD ha sido examinado por O LEER PARA EL SOLICITANTE. A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, los hechos son verdaderos y completos.**

Firma del solicitante o cabeza de familia	Fecha	Firma del cónyuge	Fecha
Dirección (Números y Nombre Calle, Apt, etc.)		Firma del representante de la agencia	Fecha
Número de teléfono actual	Identificación de representante solicitante o autorizado		

**Solicitud de Revisión**  
Si cree que la acción de la agencia es incorrecta, o si la decisión de aprobar o denegar su solicitud no se hace dentro de los 10 (diez) días siguientes a la recepción de la solicitud, usted tiene el derecho a ser oído. Una solicitud de audiencia debe ser por escrito, firmada por usted o su autorizado representante, y recibida por la agencia de hacer la determinación de la elegibilidad dentro de los 90 días siguientes a la fecha de este formulario.