


# Aplicación para el programa de asistencia de energía - Programa para el año 2021

	421 Walnut Street P.O. Box 625 Madison, IN 47250 P- 812-265-5858 option 1 F- 812-273-2604 Email- ovoeap@ovoinc.org	<b>For Provider/Agency Use Only</b>							
		<b>Date Received:</b>							
		<b>Application Number:</b>							
		<input type="checkbox"/> Mail-in <input type="checkbox"/> Appointment <input type="checkbox"/> Outreach/ Home Visit/Other							
		Household is disconnected or out of fuel: Y / N							
Household has disconnect notice or less than 25% fuel left: Y / N		Household heat source is inoperable: Y / N							
<b>¿Está su servicio eléctrico/calefacción desconectado o programado para desconexión o con poco propano/petróleo/leña o electricidad prepagada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su servicio lo van a desconectar o ya está desconectado, o casi no tiene combustible, contacte a su proveedor de servicios local/agencia de acción comunitaria mencionada arriba para consultar la disponibilidad de citas de crisis. <b>Si necesita otras opciones de emergencia, por favor llame al 211.</b>									
<b>Dirección física con el número del apartamento</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Condado</b>				
			IN						
<b>Dirección de correo alterna (rellenar solo si es diferente a la dirección física anterior)</b>			<b>Últimos 4 dígitos del Seguro Social</b>						
			xxx-xx-						
<b>Número de teléfono</b>		<b>¿Mensaje de texto?</b>	<b>Dirección de correo electrónico (email)</b>		<b>¿Podemos enviarle un email?</b>				
<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Por favor mencione a todas las personas que residen en esta dirección y a usted mismo. Anexe una hoja separada si es necesario.									
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nac. (DD/ MM/AAAA)	Género	Raza	Estatus militar	Seguro de salud	Estatus de empleo	¿Hispano?	¿Discapacidad?	Años de escolaridad finalizados
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
		F / M					Sí / No	Sí / No	
<b>Códigos de la raza:</b> A - Asiática; B - Negra o afroamericana; I - Indio americano o nativo de Alaska; P - Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico; W - Blanca o caucásica; M - Multirracial; O - Otra		<b>Códigos militares:</b> A - Activo; V - Veterano; N - No tiene afiliación	<b>Códigos de seguro de salud:</b> A - Medicaid; B - Medicare; D - Compra directa; E - Basado en el del empleador; M - Militar; S - Estatal; O - Otro; N - Ninguno		<b>Códigos de estatus de empleo:</b> A - A tiempo completo; B - A tiempo parcial; C - Trabajador agrícola temporal migrante; D - Desempleado (menos de 6 meses); E - Desempleado (más de 6 meses); F - No está en la fuerza laboral; G - Jubilado				
<b>Tipo de vivienda (por favor marque una)</b> <input type="checkbox"/> Unidad múltiple (apartamento, condominio, dúplex, etc.) <input type="checkbox"/> Casa unifamiliar construida en el sitio <input type="checkbox"/> Casa móvil		<b>Propiedad (por favor marque una)</b> <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Otra: _____		<b>Pagos de servicios públicos</b> ¿Calefacción incluida en el alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A ¿Electricidad incluida en el alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <b>Proveedor de electricidad:</b> _____					
<b>Fuente de calefacción (por favor marque una)</b> <input type="checkbox"/> Calentador central <input type="checkbox"/> Estufa de leña <input type="checkbox"/> Calentador de zócalo <input type="checkbox"/> Calentador <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Combustible de calefacción primaria (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Querosén combustible <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Fuente de enfriamiento (por favor marque una)</b> <input type="checkbox"/> AA central <input type="checkbox"/> Unidad de ventana <input type="checkbox"/> Ventilador <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____					
¿Está funcionando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Proveedor de calefacción: _____		¿Está funcionando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Por favor rellene y firme la pág. 2 – La aplicación no es válida si no contiene la firma y la fecha.

