

Date Received

By:

Greater East Texas Community Action Program
PO Box 631938
1716 South Street
Nacogdoches, Tx. 75963



Please check the program (s) you are applying

<input type="checkbox"/> Asistencia De Energia	<input type="checkbox"/> Asistencia de Agua	<input type="checkbox"/> RISE (Manejo de Casos)	<input type="checkbox"/> Climatizacion	<input type="checkbox"/> Head Start	<input type="checkbox"/> Otro
--	---	---	--	-------------------------------------	-------------------------------

Alguien en el hogar es un empleado, miembro de la junta, familiar, amigo, o ex miembro del personal del GETCAP? Si No En caso afirmativo, identifique el nombre y condado _____.

2023 Renovacion

Apellido del solicitante	Nombre del solicitante	Ultimos 4 digitos del numero de Seguro Social de solicitante:	Condado
Direccion fisica	Ciudad	Estado	Codigo postal
Direccion de envio (si es diferente)	Ciudad	Estado	Codigo postal
Numero de celular	Correo electronico	Numero de casa	Telefono de mensaje

Si tiene un credito de \$300 o mas, no complete esta renovacion hasta que se haya agotado el saldo de credito. Los documentos necesarios, si no ha habido cambios en su hogar para 2022, son los ingresos actuales de todos los miembros del hogar. Por ejemplo, carta de adjudicacion de 2023(asegurese de que sea de 2023 y no de 2022), talons de cheques de los ultimos 30 dias, desempleo, impresion de manutencion infantil de los ultimos 30 dias, carta de beneficios de TANF, etc. Reuna todos los documentos y envielos por fax: 936.564.0302, correo a: Greater East Texas Community Action Program P.O. Box 631938 Nacogdoches, TX 75963 o enviar a: programinfo@get-cap.org. Si se necesita mas informacion, un representante de servicio al cliente se comunicara con usted.

Indique los nuevos miembros de su hogar.

Nombre: Apellido, Nombre, Inicial del Segundo nombre		Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Etnia	Genero
Discapacitado?	Veterano?	Nivel de Educacion	Relacion	Fuente de Seguro de Salud		Edad
Nombre: Apellido, Nombre, Inicial del Segundo nombre		Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Etnia	Genero
Discapacitado?	Veterano?	Nivel de Educacion	Relacion	Fuente de Seguro de Salud		Edad

Para cualquier nuevo miembro de su hogar, envie:

1. Comprobante de ingresos (como carta de adjudicacion de 2023, talons de cheques de los ultimos 30 dias, desempleo, impresion de manutencion infantil de los ultimos 30 dias, carta de beneficios de TANF, etc.)
2. Identificacion para cualquier persona mayor de 18 anos o mayor.
3. Tarjetas de Seguro social para todos los miembros del hogar (si es aplicable)
4. Certificados de nacimiento de todos los miembros del hogar si nacieron en los EE. UU.
5. Prueba de residencia para todos los miembros del hogar si nacieron fuera de los EE. UU.

Haganos saber si habia alguien en su hogar en 2022 que ya no esta en el hogar.

Nombre: Apellido, Nombre, Inicial del Segundo nombre	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Razon por ya no estar en el hogar
Nombre: Apellido, Nombre, Inicial del Segundo nombre	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Razon por ya no estar en el hogar

Signature Page

Proveedores de Servicios Publicos	# de Cuenta	Nombre del titular de la cuenta:
Compania Electrica:		
Compania de Gas:		
Compania de Propano:		
Compania de Agua:		

Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y a su agencia contratada a solicitar/verificar información sobre mis historiales de consumo y facturación de energía, tanto pasados como futuros, en la medida en que la informacion se use solo para determinar la elegibilidad del programa y proporcionar datos.

Advertencia La sección 1001 del Código de los EE. UU. Tipifica como delito penal hacer declaraciones falsas intencionales de tergiversación a cualquier departamento o agencia de los EE. UU. en cuanto a cualquiera dentro de su jurisdicción.

Entiendo que una Fotocopia de este comunicado es valida como el original.

Autorizacion que se renovara solo si la informacion cambia

Certificacion

- La informacion proveida en esta forma es correcta segun mi mayor entendimiento.
- Los ingresos de mi hogar an sido calculados anualmente segun los reglamentos preescritos por la agenica.
- Comprendo que puedo solicitar una audiencia para apelar decisions que me afectan, tales como: la elegibilidad al programa, asistencia recibida o tardanza de asistencia.
- Autoriz al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y sus agencias contratadas a solicitar y verificar informacion sobre mis cuentas pasadas y futuras para luz y gas cuando la informacion se usa para reporter data estadistica.
- Comprendo que estoy sujeto a ser procesado si la informacion es falsa o incorrecta.

Standard Information Release

Por la presented doy mi permiso a GETCAP para lo siguiente, y afirmo los entedimientos:

- GETCAP puede obtener informacion para completar mi solicitud de asistencia o servicios.
- GETCAP puede compartir la informacion necesaria con otras personas o organizaciones para brindar servicios de administracion de casos y/o recursos seguros en mi nombre. Entiendo que la informacion solo se compartira cuando sea necesario para cumplir con los requisitos de mi plan de servicio establecido.
- GETCAP puede usar mi historia de exito, imagen, grabacion, tanto de audio como de video en esfuerzos de relaciones publicas, y puedo compartirla con otras entidades con o sin informacion de identificacion personal cuando hacerlo sea por el bien de mejorar el desarrollo de la comunidad
- Entiendo que GETCAP puede usar mi imagen y/o historia de exito para divulgar informacion del informe anual a entidades estatales y federales y, al hacerlo, brindara todas las garantias de que la informacion de identificacion personal sera eliminada.
- Entiendo que no tengo derecho a ninguna compensacion por el uso de mi historia o imagen.
- Continuare brindando informacion de ingresos por motivos de administracion de casos durante el tiempo que sea necesario para que GETCAP me libere del Programa de autosuficiencia.

Formulario de Certificacion de Discapacidad

Nombre de la person con discapacidad:

Nombre de la person con discapacidad:

Por la presente certifico que estoy discapacitado segun se define en uno de los siguientes:

- 7(9) of the Rehabilitation Act of 1973
- 1614 (a) (3) (A) or 223 (D) (1) of the Social Security Act
- 102 (7) of the Developmental Disabilities Services and Facilities Construction Act (38 USC Chapter 11 or 15)

- Recibo beneficios como resultado de mi discapacidad
- No recibo beneficios como resultado de mi discapacidad
- No recibo beneficios como resultado de mi discapacidad, per he solicitado beneficios

Bajo pena de perjuro, he proporcionado informacion veraz en esta certificacion. En Texas, bajo Sec. 37.101 del CODIGO PENAL, es delito grave de tercer grado falificar este document.

Firma del solicitante:

Fecha:

For Office Use ONLY

Eligible? Yes No If no, has applicant requested an appeal? Yes No

Income denial? Yes No If yes, what is the annualized income?

Is there a priority member in the household? Elderly Elderly/Disabled Documented crisis Disabled
Child Under 6 Cutoff notice

Recommended Utility Assistance Component: HCC UA LIWAP EA Donated Funds

Other

Case Manager Signature:

Date: