9/29/21 ملاحظه شد

درخواست برنامه کمک انرژی خانه خانواده های کم درآمد آیووا و برنامه کمک به عایق کردن

لطفا از یک خودکار سیاه یا آبی برای تکمیل کردن استفاده کنید.

1. معلومات ارتباط رییس فامیل

تاریخ دریافت درخواست: _____

تخلص: _____ نام: _____ نام وسطی: _____ ناحیه: _____

آدرس خانه: _____ شهر: _____ ایالت: _____ زیپ کد: _____

آدرس پستی
(اگر با آدرس خانه فرق می کند) _____ شهر: _____ ایالت: _____ زیپ کد: _____

نمبرتلفن خانه: _____ نمبر موبایل: _____ آدرس ایمیل: _____

2. اطلاعات عضو خانواده (راهنمای تکمیل این بخش در انتهای این صفحه آمده است.)

نام (نام و تخلص)	نسبت با سرپرست خانواده	تاریخ تولد	جنسیت (دور یکی دایره بکشید)	نمبر تامین اجتماعی یا نمبر I-94	ناتوانی (دور یکی دایره بکشید)	بیمه صحی	هسپانیایی، لاتینی، یا هسپانیایی بومی؟	نژاد	وضعیت نظامی (دور یکی دایره بکشید)	بالاترین سطح تحصیلات	اشتغال (وضعیت کار)
1 از این ردیف برای شخص لیست شده بالا استفاده کنید	سرپرست خانواده		مرد زن سایر		بله خیر نامعلوم		بله خیر		کهنه سرباز فعال هیچ کدام نمی دانم		
2			مرد زن سایر		بله خیر نامعلوم		بله خیر		کهنه سرباز فعال هیچ کدام نمی دانم		
3			مرد زن سایر		بله خیر نامعلوم		بله خیر		کهنه سرباز فعال هیچ کدام نمی دانم		
4			مرد زن سایر		بله خیر نامعلوم		بله خیر		کهنه سرباز فعال هیچ کدام نمی دانم		
5			مرد زن سایر		بله خیر نامعلوم		بله خیر		کهنه سرباز فعال هیچ کدام نمی دانم		
6			مرد زن سایر		بله خیر نامعلوم		بله خیر		کهنه سرباز فعال هیچ کدام نمی دانم		
7			مرد زن سایر		بله خیر نامعلوم		بله خیر		کهنه سرباز فعال هیچ کدام نمی دانم		
8			مرد زن سایر		بله خیر نامعلوم		بله خیر		کهنه سرباز فعال هیچ کدام نمی دانم		

چند عضو خانواده این شرایط را دارند: شهروند آمریکا _____ خانه نشین _____ جوان جدا شده (سن: 14-24) که نه کار می کند نه مکتب می رود _____

راهنمای تکمیل بخش عضو خانواده:

نسبت با سرپرست خانواده
- سرپرست خانواده
- همسر
- طفل
- طفل تحت مواظبت
- نواسه
- خواهر یا برادر
- والد
- پدربزرگ یا مادربزرگ
- سایر اقارب
- بدون نسبت

تاریخ تولد
- قالب تاریخ: 99 / 99 / 99

نمبر تامین اجتماعی یا نمبر I-94
- قالب نمبر تامین اجتماعی: 999-99-9999
- I-94 قالب: 999999999 99 (11 نمبر)

بیمه صحی
- Medicaid
- Medicare
- برنامه ایالتی بیمه صحی اطفال
- بیمه صحی ایالتی کلان سال ها
- مراقبت صحی نظامی
- خرید مستقیم
- بر مبنای اشتغال
- هیچ کدام

نژاد
- بومی آمریکا
- بومی آلاسکا
- آسیایی
- سفید پوست
- سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی
- بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام
- سایر
- چند نژادی

بالاترین سطح تحصیلات
- صنف 8-0
- صنف 12-9/غیر فارغ التحصیل
- فارغ التحصیل صنف دوازده
- یا معادل دیپلوم/GED
- صنف 12 + بعد از دوره لیسه
- فارغ التحصیل کالج (4 or 2 سال)
- فارغ التحصیل پس از لیسه

اشتغال (وضعیت کار)
- شاغل (تمام وقت)
- شاغل (نیه وقت)
- کارگر مزرعه فصلی مهاجر
- بیکار (کوتاه مدت، شش ماه یا کمتر)
- بیکار (بلند مدت، بیشتر از شش ماه)
- بیکار (خارج نیروی کار)
- بازنشسته

درخواست برنامه کمک انرژی خانه خانواده های کم درآمد آیووا و برنامه کمک به عایق کردن

3. نوع خانواده (یکی را انتخاب کنید)

☐ یک نفر ☐ مادر مجرد ☐ خانواده با پدر و مادر ☐ خانواده چند نسلی
☐ دو بالغ بدون طفل ☐ پدر مجرد ☐ کلان سال های بدون نسبت با طفل ☐ سایر: _____

4. منابع درآمد خانواده (تمام موارد مرتبط را انتخاب کنید)

برای هر یک از منابع درآمد خانواده ای که انتخاب می کنید، باید مدرک اسناد درآمد را به همراه این درخواست ارسال کنید.
برای درآمد شغلی، باید کپی چک های خود را برای 30 روز قبل از ثبت این درخواست، کپی اظهارنامه مالیات بردرآمد فدرالی خود را ارائه کنید.
در مورد درآمد شغل آزاد خود یا درآمد مزرعه، یک کپی از اظهارنامه مالیات بر درآمد فدرال خود ارائه کنید.

☐ درآمد اشتغال (حقوق/دستمزد) ☐ SSI (درآمد مکمل تضمینی) ☐ بیمه معلولیت خصوصی ☐ نفقه یا شکل دیگر حمایت از همسر ☐ حمایت طفل
☐ درآمد شغل آزاد یا مزرعه ☐ SSDI (درآمد معلولیت تامین اجتماعی) ☐ دستمزد کارگران ☐ امداد/کمک رفاه عمومی ☐ بدون درآمد
☐ درآمد بازنشستگی تامین اجتماعی ☐ دستمزد معلولیت مرتبط به خدمت VA ☐ فواید/بیمه بیکاری
☐ مستمری ☐ مستمری معلولیت مرتبط به غیر خدمت VA ☐ TANF/FIP امداد ☐ سایر: _____

آیا خانواده شما پس از اندازی بیشتر از $50,000 (شامل تمام حساب های پس انداز و جاری سی دی ها و سایر سرمایه گذاری ها) دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا یکی از اعضای خانواده شما اظهارنامه مالیاتی گزارش کرده EITC (اعتبار مالیات بردرآمد) را در سال گذشته یا جاری دریافت کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر

5. مزایای غیرنقدی خانواده (تمام موارد مربوطه را علامت بزنید)

☐ SNAP (برنامه امداد غذایی) ☐ HCV (ووچر انتخاب خانه) ☐ HUD-VASH (مسکن حمایتی امور بازنشسته ها)
☐ WIC (زنان، نوزادها و اطفال) ☐ مسکن دولتی ☐ ووچر مراقبت از طفل
☐ LIHEAP ☐ مسکن حمایتی دائمی ☐ مساعدت قانون مراقبت ارزان ☐ سایر: _____

6. وضعیت مسکن (یک گزینه را علامت بزنید)

☐ مالک ☐ کرایه ☐ سایر مسکن های دائمی ☐ بی خانه (اگر بی خانه هستید وضعیت سکونت شما چیست؟) _____ ☐ سایر

اگر مستاجر هستید، آیا هزینه های گرمایش خانه مشمول مبلغ اجاره است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر مستاجر هستید، آیا کمک هزینه کرایه را دریافت می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر مستاجر هستید، آیا هزینه برق مشمول مبلغ اجاره است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر مستاجر هستید، آیا اجاره بر مبنای درصدی از درآمد شما تعیین شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

مبلغ اجاره ماهانه یا رهن شما چقدر است؟ $ _____

7. اطلاعات صاحب خانه/مجتمع

نام: _____ آدرس: _____ نمبر تلفن: _____

8. نوع مسکن (یکی را انتخاب کنید)

☐ خانه ☐ خانه متحرک ☐ اجاره یک اتاق ☐ آپارتمان دو، سه یا چهار واحدی ☐ آپارتمان پنج واحدی یا بیشتر ☐ سایر: _____

9. منبع اصلی گرمایش (یکی را علامت بزنید)

☐ گاز طبیعی ☐ برق ☐ پروپان (LP) ☐ نفت سیاه ☐ چوب/زغال/ذرت ☐ سایر: _____

اگر از پروپان یا نفت سیاه استفده میکنید، آیا تانکر خالی یا کمتر از (30% یا در حد خط سرخ دارید)؟ ☐ بله ☐ خیر

10. کمپنی های گرمایش، برق و آب خانواده

	گرمایش	برق	آب
آیا اخطاریه قطع دریافت کرده اید؟	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر
آیا در حال حاضر خدمت شما قطع است؟	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر
آیا برای پرداخت آمادگی میگیرید؟	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر

باید یک کپی از آخرین بل گرمایش و بل برق را به همراه این درخواست ارسال کنید.

بیانیه گواهی

من با آگاهی از مجازات شهادت نادرست گواهی می دهم که اطلاعات فوق درست است. من به اداره پردازش کننده این برنامه اجازه می دهم تا اطلاعات بیشتری کسب کند و این اطلاعات را با سایر سازمانها با هدف خدمت رسانی و امداد به خانواده من به اشتراک بگذارد. به اشتراک گذاری اطلاعات باید با حداکثر احترام برای محرمانگی اطلاعات موجود در این درخواست انجام شود.

من بدینوسیله درخواست خود را برای برنامه کمک انرژی خانواده های کم درآمد (LIHEAP)، برنامه کمک به آب خانواده های کم درآمد (LIHWAP)، و/یا برنامه کمک به عایق کردن ثبت می کنم. بدین وسیله موارد زیر را نیز تایید می کنم: اعلام می کنم که من تنها شخص در این خانواده هستم که برای دریافت این برنامه (ها) اقدام کرده است یا خواهم کرد. آگاه هستم که از این اطلاعات، بنا به درخواست، برای تعیین صلاحیت برای سایر برنامه ها یا خدمات این اداره استفاده خواهد شد. هر گونه نوشتن اطلاعات غلط از روی قصد در این فورم مشمول مجازات قانونی خواهد بود. من آگاه هستم که با امضای (کتبی یا الکترونیکی) این درخواست، اجازه عایق کردن خانه خود را به صورت رایگان برای خود یا خانواده خود صادر می کنم و در صورت صدق کردن، به اداره نیز اجازه می دهم تا با صاحب خانه من تماس بگیرد تا اجازه عایق خانه را دریافت کند. این درخواست انجام هیچ گونه عملیات عایق کاری روی خانه من را تضمین نمی کند.

بدینوسیله به ایالت آیووا، وزارت انرژی ایالات متحده، وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده و اداره پردازش کننده این درخواست اجازه می دهم تا اطلاعات بیشتری از تامین کننده انرژی/آب من در مورد میزان مصرف خانواده من و تاریخچه پرداخت من به دست بیاورد. برعلاوه، من به ایالت آیووا اجازه می دهم تا اطلاعات موجود در این درخواست را در اختیار تامین کننده انرژی/آب من قرار دهد و جزئیات مربوط به حساب و صرف من را نیز در اختیار LIHEAP، لLIHWAP، و برنامه کمک به عایق کاری قرار دهد.

من تایید می کنم که این بیانیه را فهمیده ام.

_____ امضا _____ تاریخ