

DERECHOS CIVILES

Ninguna persona en los Estados Unidos podrá, por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión, ser excluida de la participación, negársele los beneficios o ser sometida de otra manera a discriminación bajo este programa

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Entiendo que es contra la ley que haga declaraciones falsas y que estoy sujeto a enjuiciamiento si lo hago. Certifico que la información que he proporcionado es una declaración de hechos verdadera y completa de acuerdo con mi mejor conocimiento y creencia. Doy permiso a la agencia para verificar cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa de Intervención de Crisis / Vecino de Energía. Entiendo que la información de este formulario puede ser verificada por el revisor estatal o federal y estoy de acuerdo con esta revisión.

Doy mi autorización para que mi arrendador / compañía hipotecaria y / o compañía de servicios públicos divulgue información sobre el uso de energía y el pago de facturas durante los últimos doce meses a agencias asociadas bajo el Community Development Block Grant-Corona Virus (CDBG-CV) programa de ayuda económica.

Entiendo que las empresas de servicios públicos que proporcionen información a Community Development Block Grant-Corona Virus (CDBG-CV) no serán responsables de la información divulgada con fines de datos como referencias, investigaciones, evaluaciones y / o análisis.

Doy mi autorización a los Servicios Sociales de Carolina del Norte para que revisen previamente mi solicitud para otros programas de asistencia energética, como el Programa de Intervención en Crisis (CIP), el Programa de Asistencia Energética para Bajos Ingresos (LIEAP) y la Asistencia de Emergencia Work First (EA).

****Tenga en cuenta que si los fondos están disponibles para usted a través de este programa, debemos poder comunicarnos con usted por teléfono. Nuestro objetivo es procesar todas las solicitudes dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la recepción y alguien se comunicará con usted por teléfono. Luego, tendrá dos (2) días hábiles para responder y reclamar los fondos o su solicitud será denegada y no se distribuirán fondos para usted. ***

*Firma / Solicitante	Testigo	Fecha
Signature/Worker	Authorized Representative	Fecha

Si el solicitante no puede firmar con su nombre, debe ingresar una "X" en la línea de la firma en presencia de un testigo. El testigo debe firmar su nombre donde se indica arriba.

Documente los servicios que se brindaron para satisfacer las necesidades de la familia, incluidas las referencias a otras agencias.

<p>APROBADO</p> <p>Vendedor _____</p> <p>Cantidad / Monto de pago \$ _____</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Iniciales _____ Fecha de envío _____</p> <p>Razón _____</p> <p>Remisión a otros recursos _____</p> <p>NEGADO</p> <p>Razón _____</p> <p>Iniciales _____ Fecha de envío _____</p> <p>Remisión a otros recursos _____</p>	<p>Otros comentarios:</p>
---	---------------------------