



Solicitud del Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP) 2022-2023

Información del solicitante

Nombre completo: _____ Fecha: _____
Último Primero M.I.

Dirección: _____
Dirección de la calle Apartamento/Unidad #

Ciudad Estado Código postal

INFORMACIÓN SOBRE AGUA

¿Estás actualmente sin agua porque estaba desconectada? Sí No Si, ¿cuándo se desconectaron sus servicios? _____
¿Está actualmente en peligro de no tener agua porque puede desconectarse pronto? Sí No Si, ¿cuándo es su fecha de desconexión? _____
¿Debe más de \$150 en su factura de agua? Si No Si, ¿cuánto debe en su factura de agua? _____
Nombre del proveedor de agua: _____ Número de Cuenta _____
Nombre en la factura: _____ Balance de Cuenta _____

INFORMACIÓN SOBRE AGUAS RESIDUALES (ALCANTARILLADO)

¿Su factura de aguas residuales se vendió en una venta de impuestos? Sí No Si, ¿cuándo fueron sus servicios vendidos? _____
¿Está actualmente en amenaza de venta de impuestos o gravamen debido a su factura de aguas residuales? Sí No Si, ¿cuándo es su fecha de desconexión? _____
¿Debe más de \$150 en su factura de aguas residuales? Sí No Si, ¿cuánto debe en su factura de aguas residuales? _____
Nombre del proveedor de aguas residuales: _____ Número de Cuenta _____
Nombre en la factura: _____ Balance de Cuenta _____

ACUERDO Y FIRMA

Doy fe de que la información contenida en este formulario es verdadera y precisa. Toda la información en esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para los beneficios bajo el Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP) de Rhode Island junto con la solicitud del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP). La recopilación de su número de Seguro Social no está prohibida por la ley federal y se requiere como estipulación para recibir beneficios. Al proporcionar información de la solicitud, usted está autorizando al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island y a sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados contra las bases de datos o registros federales, estatales, del condado, de proveedores de agua y aguas residuales, empleadores y propietarios. También autorizo a mi proveedor de agua / aguas residuales / compañía de servicios públicos a divulgar datos relacionados con el agua / aguas residuales con respecto a mi hogar al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island o sus agentes autorizados. Además, afirmo que soy la única persona en el hogar que solicita asistencia de LIHWAP este año del programa, y que no he solicitado previamente LIHWAP en este lugar o en ninguna otra agencia autorizada de LIHWAP. Autorizo al Departamento de Servicios Humanos del Estado de Rhode Island a considerar y verificar que los subcontratistas compartan esta información con fines de presentación de informes, a fin de administrar de manera efectiva y eficiente los programas de Servicios Humanos.

Sé que si cualquier información que proporcione en esta solicitud sea falsa o engañosa, será la base de la inelegibilidad y será investigada y procesada como fraude.

Firma: _____ Fecha: _____

ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA SOLO POR LA AGENCIA

Atestación de admisión: Doy fe de que he seguido las políticas según lo dispuesto en el Manual de Administración y Procedimientos de LIHWAP de Rhode Island al procesar esta solicitud de beneficios de LIHWAP, y que, hasta donde yo sé, la información en este formulario es completa y precisa.

Firma: _____ Fecha: _____