



# Solicitud para el Programa Medical Electric Affordability Ofrecido por Xcel Energy y administrado por Energy CENTS Coalition



Usted debe firmar y completar en su totalidad este formulario para solicitar este programa.

## Sección I. Información del solicitante

Marque la casilla correspondiente al servicio proporcionado por Xcel Energy     Electricidad     Gas natural     Ambos

Nombre que figura en la cuenta \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de departamento/unidad \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Es propietario o alquila su hogar? (Marque una)     Propio     Alquila

Marque la casilla que mejor describe su hogar:

Casa     Casa adosada townhouse     Dúplex     Tríplex     Cuádruplex     Departamento     Condominio     Casa rodante

Otra opción \_\_\_\_\_

Número de cuenta de Xcel Energy \_\_\_\_\_

Su número de cuenta se encuentra en la parte superior de su factura. No podemos procesar su solicitud sin su número de cuenta. Si no conoce su número de cuenta, llámenos al **1.866.975.7327**.

## Sección II. Asistencia energética

¿Recibió una subvención del Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) para esta temporada de calefacción?     Sí     No\*

No es necesario que reciba ayuda de LIHEAP para ser elegible para el Programa de Asequibilidad Médica.

\*Si respondió "No" en la Sección II arriba, proporcione una demostración de ingresos. (Una copia de su más reciente declaración de impuestos, copias de los talones de sus cheques por los ingresos de un mes o prueba de asistencia estatal o pagos del Seguro Social, etc.)

**Consulte el reverso de esta solicitud para conocer información importante del programa.**

*(Continúa en la siguiente página)*

**Sección III. Información sobre ingresos**

Marque todas las casillas que correspondan y escriba el monto total mensual recibido por todos los miembros de la familia. **No incluimos la manutención de niños, las cuotas por alimentos ni los ingresos ganados por estudiantes de kinder hasta 12.<sup>º</sup> año. No se requiere un comprobante de ingresos si recibió una subvención LIHEAP en esta temporada de calefacción.**

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

**Tipee** (marque todas las que correspondan)**Total mensual**  
(para todos los miembros de la familia)

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Salarios brutos (antes de impuestos) .....   | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de la Seguridad Social (Seguro de Discapacidad del Seguro Social [Social Security Disability Insurance, SSDI], Seguro Estatal por Discapacidad [State Disability Insurance, SDI], Administración del Seguro Social [Social Security Administration, SSA]) ..... | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Beneficios complementarios de Seguridad (Supplemental Security Benefits, SSI) .....  | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa de Inversión Familiar de Minnesota (Minnesota Family Investment Program, MFIP) .....  | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Asistencia general (General Assistance, GA) ....   | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa de Trabajo Recreativo (Diversionary Work Program, DWP) .....  | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos .....  | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Empleo autónomo (ingresos por empresas, granjas y alquileres). Agregue su declaración de impuestos IRS 1040 más reciente en las líneas 12, 14, 17 y 18   |          |

¿Cuántas personas en su hogar tienen ingresos? \_\_\_\_\_

**Tipee** (marque todas las que correspondan)**Total mensual**  
(para todos los miembros de la familia)

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Compensación de los trabajadores .....   | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Compensación por desempleo .....   | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por jubilación .....  | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de corto o largo plazo .....  | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o manutención conyugal ....  | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Empleo autónomo (ingresos por empresas, granjas y alquileres). Agregue su declaración de impuestos IRS 1040 más reciente en las líneas 12, 14, 17 y 18 |          |

**Sección IV. Firma****Firma** \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Al firmar este documento, autorizo a Energy CENTS Coalition y Xcel Energy a obtener información sobre mi persona y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Estoy de acuerdo en permitirle a Xcel Energy utilizar información de pago en la evaluación del programa.
- Estoy de acuerdo en permitirle a Energy CENTS Coalition obtener de Xcel Energy información de la cuenta, incluido el estado LIHEAP, necesaria para el procesamiento de esta aplicación.
- Entiendo que debo realizar el pago mensual de mi factura para permanecer en el programa, recibir créditos para montos adeudados y evitar la desconexión del servicio.
- Entiendo que la inscripción para el programa es por orden de llegada.
- Estoy de acuerdo en notificar a Xcel Energy y Energy CENTS Coalition si hay algún cambio en mi ingreso, tamaño del hogar o si me mudo.
- Entiendo que la inscripción en este programa automáticamente cancelará mi inscripción en el pago mensual promediado o cualquier otro plan de pago acordado anteriormente.
- Estoy de acuerdo en permitirle a Energy CENTS Coalition compartir cualquier parte de la información precedente con otras organizaciones que brinden asistencia o conservación energética u otros servicios.
- Estoy de acuerdo en permitirles a las empresas de calefacción y electricidad proporcionar datos sobre mi cuenta y uso de energía a Energy CENTS Coalition para el programa Medical Affordability o cualquier otro programa de conservación de Energy CENTS Coalition.
- Entiendo que debo tener registrado un formulario médico certificado para ser elegible para este programa.

¿Preguntas?

Llame a **Energy CENTS Coalition** al **888.774.9070**.Envíe su solicitud por fax al **651.774.0445**.

Envíe un correo electrónico a **Energy CENTS Coalition** a  
**ecc@energcents.org**.

Envíe su solicitud por correo a:

**Energy CENTS Coalition**  
**823 E. 7th Street**  
**Saint Paul, MN 55106**