



**Orange County Fuel Fund Program
(2025-2026)**

Referido por: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Género (circule): Masculino Femenino Grupo étnico: _____

Fecha de Nacimiento.: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Número de Teléfono (casa): _____ Correo electrónico: _____

Celular: _____

Residente legal o ciudadano (circule): Sí o No

Si es NO, pare aquí – Su familia *no* es elegible para esta asistencia.

Dirección postal:(Calle,Ciudad, Estado, Código)

Dirección de servicio (si es diferente a la postal):

Fecha de residencia o mudanza: _____

¿Usted es dueño de casa o alquila? (Circule) Dueño o Alquila

¿En qué tipo de vivienda reside? (Circle): Apartmento

Condo-Townhouse

Casa-Móbil

Uni-Familiar

Multi-Familiar

¿Usted o algún miembro de su familia es veterano? (Circule) Sí o No

¿Usted o algún miembro de su familia es envejeciente? (Circule) Sí o No

¿Usted o algún miembro de su familia es ciego o tiene discapacidades? (Circule) Sí o No

¿La familia recibe alguna ayuda para el pago de alquiler? (Circule): Sí o No

Si es sí, cuánto recibe mensualmente: \$ _____

¿La familia tiene ahorros de más de \$10,000 y/o activos de más de \$60,000 (Circule) Sí o No

¿Usted o algún miembro de la familia recibe cupones para alimentos? Sí o No

Miembros de su familia (además del solicitante):

Miembro #1- Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con Solicitante: _____

Miembro #2- Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con Solicitante: _____

Miembro #3- Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con Solicitante: _____

Miembro #4- Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con Solicitante: _____

Miembro #5- Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con Solicitante: _____

Member #6- Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con Solicitante: _____

Miembro #7 Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con Solicitante: _____

¿Usted o algún miembro de su familia tiene condiciones médicas que dependa de equipo, el cual require electricidad? (Circule)

Sí o No Si es sí, explique _____

¿Usted o algún miembro de su familia tiene condiciones médicas que dependa de equipo, el cual require electricidad? (Circule)

Sí o No Si es sí, explique _____**FINANCIAL INFORMATION:**

Ingreso Mensual Familiar: \$ _____

Cantidad de Ahorros Familiar: \$ _____

Deuda actual familiar: \$ _____

Ingreso obtenido o Reintegro de Impuestos: \$ _____

Manutención Infantil: \$ _____

Manutención Conyugal: \$ _____

Cantidad Semanal de Beneficio por Desempleo: _____

¿El solicitante rindió planilla de impuestos el año pasado? (Circule): Sí o No

Información del Suplidor/Compañía de combustible/energía:

Tipo de combustible (circule): Electricidad Gas Natural Queroseno Aceite Propano

Nombre y Dirección del Suplidor: _____ Número de cuenta de consumidor: _____

Número de teléfono del Suplidor: _____

¿El Solicitante es quién aparece en la cuenta como Cliente? (Circule) Sí o No

¿El solicitante recibió una notificación de cancelación de servicio? (Circule) Sí o No

¿Si es así, cuánto le exigen por restaurar el servicio \$ _____

¿El solicitante está bajo un acuerdo de plan de pago? (Circule) Sí o No

¿Si es así, cuánto es el pago mensual: \$ _____

¿Al solicitante le queda menos de 10 días de combustible? (Circule): Sí o No

¿Al solicitante se le ofreció un plan de presupuesto? (Circule): **Sí o No**

¿Si es así, cuánto es la cantidad: \$ _____

Notas adicionales concerniente a la relación del cliente con el proveedor:

NOTA IMPORTANTE:

Favor de comunicarse con su suplidor de combustible o energía para pedir un plan de presupuesto antes de aplicar al Orange County Fuel Fund Program. Esto podría determinar su elegibilidad para recibir los servicios de Fuel Fund Program.

Información de beneficios:

¿El solicitante recibió ayuda del programa "Fuel Fund" en los pasados 12 meses? (Circule): Sí o No

Si es así, cuándo lo recibió? _____

Si fue denegado por Fuel Fund en el pasado, mencione la razón: _____

Por favor, mencione los esfuerzos que ha echo para recibir asistencia y los resultados:

DSS Open & Close (Circule): Solicitó No solicitó Recibió Denegado

Denegado, por qué? _____ Recibido, cuánto y cuándo? _____

Central Hudson (Circule): Solicitó No solicitó Recibió Denegado

Denegado, por qué? _____ Recibido, cuánto y cuándo? _____

Salvation Army (Circule): Solicitó No solicitó Recibió Denegado

Denegado, por qué? _____ Recibido, cuánto y cuándo? _____

People for People Fund (Circule): Solicitó No solicitó Recibió Denegado

Denegado, por qué? _____ Recibido, cuánto y cuándo? _____

Catholic Charities (Circule): Solicitó No solicitó Recibió Denegado

Denegado, por qué? _____ Recibido, cuánto y cuándo? _____

Orange and Rockland (Circule): Solicitó No solicitó Recibió Denegado

Denegado, por qué? _____ Recibido, cuánto y cuándo? _____

HEAP (Circule): Solicitó No solicitó Recibió Denegado

Denegado, por qué? _____ Recibido, cuánto y cuándo? _____

Asistencia a Veteranos (Circule): Solicitó No solicitó Recibió Denegado

Denegado, por qué? _____ Recibido, cuánto y cuándo? _____



El programa "Orange County Fuel Fund" ayuda a familias que no puede pagar sus facturas de energía y necesitan ayuda. Estas son algunas cosas que debe pensar antes de solicitar.

¿Su ingreso familiar califica para Fuel Fund, HEAP u otros Programas?

1. ¿Su ingreso familiar califica? Podría ser si:

<i>Si su tamaño familiar es:</i>	<i>Su ingreso mensual familiar está por debajo de:</i>	<i>Límites de Ingreso Familiar HEAP 2025-2026</i>
1	\$4,168	\$3,473
2	\$5,450	\$4,542
3	\$6,733	\$5,611
4	\$8,016	\$6,680
5	\$9,299	\$7,749
6	\$10,582	\$8,818
7	\$10,822	\$9,018
8	\$11,062	\$9,218
9	\$11,503	\$9,419
10	\$11,543	\$9,619
11	\$11,784	\$9,820
12	\$12,024	\$10,020
13	\$12,265	\$10,221
por cada persona adicional	\$824	\$687

2. ¿Usted es elegible para HEAP?

Si lo es, podemos ayudarle a solicitar HEAP antes de venir a Fuel Fund.

3. ¿Usted solicitó para otros tipos de asistencia?

Usted podría ser elegible para otros programas locales a través de Salvation Army, FEMA, Catholic Charities, y People for People Fund o su compañía de combustible. Le pedimos que solicite por otros tipos de ayuda primero.

4. ¿Usted tiene ahorros o inversiones por menos de \$60,000?

¿Cuán seguido usted puede solicitar la ayuda de Fund Fund?

Una vez en un período de 12 meses. Nuestro programa anual es del 3 de noviembre de 2025 hasta el 15 de abril de 2025, o hasta que los fondos terminen.

¿Qué tipo de ayuda usted puede recibir de Fuel Fund?

El programa "Fuel Fund" puede ayudarle con un pago por temporada de calefacción al proveedor de servicio.

¿Qué tipo de documentación necesita para solicitar?

1. **Identificación:**
 - o Licencia de conducir o ID del Gobierno (**mayores de 18 años**)
 - o Número de Tarjetas de Seguro Social
2. **Prueba de todos los Ingresos de la familia:**
 - o Carta de Beneficios de Seguro Social **o**
 - o Talonarios por Incapacidad, Beneficios de Desempleo, Manutención Conyugal **o**
 - o Trabajo (**talonarios más recientes-si cobra semanal, entregue 4. Si cobra bi-semanal o quincenal, entregue 2**)
 - o Copia más reciente de la factura de calefacción y/o gas-electricidad.
 - o Información adicional podría ser requerida después de la revisión inicial, por ejemplo: prueba de ahorros o inversiones

¿Cómo puede solicitar? Seleccione la manera que más le convenga.

- En línea al www.ocfuelfund.org
- Solicite una aplicación en el 40 Smith St. Middletown, NY 10940
- Solicite una aplicación llamando a nuestra oficina al (845) 421-6255 o (845) 421-6226

¿Cómo someter todos los documentos mencionados junto a este formulario?

- Entregarlo o enviarlo a Orange County Fuel Fund al 40 Smith St. Middletown, NY 10940 – Atención, Coordinadora del Programa o Asistente del Programa
- Por fax al (845) 344-1889 - Atención Coordinadora del Programa o Asistente del Programa
- Por correo electrónico al mcontes@recap.org o mcarpenter@recap.org

Orange County Fuel Fund

40 Smith Street
Middletown, NY 10940
Tel (845) 421.6255

www.ocfuelfund.org



APLICACION DEL PROGRAMA DE ORANGE COUNTY FUELFUND

CONFIRMACIÓN/PÁGINA DE FIRMA

Yo, _____, (nombre en imprenta) he leído la información en esta solicitud. Creo que es precisa y refleja la situación de mi familia. También, doy permiso al personal del Programa Fuel Fund y sus agentes de compartir esta información otros programas, los cuales pudieran ayudarme. El Programa Fuel Fund tiene permiso de contactar mi suplidor de combustible, compañía de utilidades y cualquier otro agente para verificar la información sobre mi cuenta y compartir información con ellos. También, doy permiso para contactar a los incluídos en esta solicitud para compartir información sobre mi cuenta. Entiendo que la información de esta solicitud podría ser compartida con el Departamento de Servicios Sociales y que el Departamento de Servicios Sociales podría compartir información sobre mi solicitud con otras proveedores locales. El no firmar este documento podría ser una causa para que su solicitud sea denegada de ser aceptada por el Programa.

Firma

Fecha

Fuel Fund podría notificar a algunas o todas las organizaciones que su solicitud está pendiente: como por ejemplo Salvation Army, Catholic Charities, People for People, el Departamento de Servicios Sociales de Orange County y a su suplidor de combustible. Le exhortamos a buscar ayuda con estas organizaciones, si aún no lo ha echo.