

Si actualmente tiene un proveedor de electricidad, deberá cancelar su contrato con el proveedor para ser elegible para OnTrack.

1. Información del cliente	2. Condición de empleo para la cabeza de la familia
Nombre del cliente _____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (35 horas o más/semana)
N.º de cuenta de facturación _____	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial (34 horas/semana o menos)
Teléfono (    ) _____	<input type="checkbox"/> Desempleado (actualmente no empleado)
Teléfono secundario (    ) _____	<input type="checkbox"/> Jubilado
	<input type="checkbox"/> Ama de casa
	<input type="checkbox"/> Estudiante
	<input type="checkbox"/> Otro

Enviar mi información de inscripción a:  Mi buzón de los EE. UU.  Mi correo electrónico →

### 3. Miembros del hogar: enumere e incluya copias de **todas** las fuentes mensuales de ingresos familiares

Nombre _____	Apellido _____	Edad _____	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
Salario bruto \$ _____	Asistencia pública \$ _____	Pensión/SS \$ _____	SSI/SSD \$ _____
Desempleo \$ _____	Compensación/discapacidad del trabajador \$ _____	Manutención de los hijos \$ _____	Otro \$ _____
Nombre _____	Apellido _____	Edad _____	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
Salario bruto \$ _____	Asistencia pública \$ _____	Pensión/SS \$ _____	SSI/SSD \$ _____
Desempleo \$ _____	Compensación/discapacidad del trabajador \$ _____	Manutención de los hijos \$ _____	Otro \$ _____
Nombre _____	Apellido _____	Edad _____	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
Salario bruto \$ _____	Asistencia pública \$ _____	Pensión/SS \$ _____	SSI/SSD \$ _____
Desempleo \$ _____	Compensación/discapacidad del trabajador \$ _____	Manutención de los hijos \$ _____	Otro \$ _____
Nombre _____	Apellido _____	Edad _____	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
Salario bruto \$ _____	Asistencia pública \$ _____	Pensión/SS \$ _____	SSI/SSD \$ _____
Desempleo \$ _____	Compensación/discapacidad del trabajador \$ _____	Manutención de los hijos \$ _____	Otro \$ _____
Nombre _____	Apellido _____	Edad _____	<input type="checkbox"/> Sin ingresos
Salario bruto \$ _____	Asistencia pública \$ _____	Pensión/SS \$ _____	SSI/SSD \$ _____
Desempleo \$ _____	Compensación/discapacidad del trabajador \$ _____	Manutención de menores \$ _____	Otro \$ _____

*Si hay miembros adicionales en su hogar, indique su nombre, edad y fuentes de ingresos en una hoja de papel separada.*

### 4. Información de la instalación: todos los campos requeridos para la climatización gratuita

Tipo de estructura  Apartamento  Casa adosada  Vivienda unifamiliar  
 Hogar móvil  Dúplex

Año en que se construyó la casa \_\_\_\_\_  No sé

Calentador eléctrico de agua  Sí  No

*Si alquila, informe:*

Nombre del propietario \_\_\_\_\_

Dirección del propietario \_\_\_\_\_

Teléfono del propietario (    ) \_\_\_\_\_

### 5. Gastos mensuales

Hipoteca o  alquiler \$ \_\_\_\_\_

Sección 8 / Subsidizado  Sí  No

Agua/alcantarillado \$ \_\_\_\_\_

Alimentos \$ \_\_\_\_\_

Teléfono \$ \_\_\_\_\_

PPL Electric \$ \_\_\_\_\_

*Solo marque la casilla si el gasto es la fuente de calor principal:*

Gas -  \$ \_\_\_\_\_ Carbón -  \$ \_\_\_\_\_

Aceite -  \$ \_\_\_\_\_ Madera -  \$ \_\_\_\_\_

## Aplicación del programa de pago PPL OnTrack

Correo electrónico del propietario \_\_\_\_\_

Propano -  \$ \_\_\_\_\_

Calefacción eléctrica -  \_\_\_\_\_

### 6. Envíe su solicitud

1. Firme y feche esta solicitud.
2. Envíe por correo la solicitud y **todos los artículos enumerados en la solapa del sobre** en el sobre adjunto con dirección personal.

**Afirmo que toda la información de esta solicitud es verdadera y completa. Soy consciente de que me pueden sancionar por hacer declaraciones falsas.**

Firme aquí (en tinta) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

cargo por cancelación.

Doble para asegurarse que la dirección sea visible en la ventana del sobre

### Envíe por correo a:

TriCounty Community Action  
Attention - OnTrack Program  
1514 Derry St  
Harrisburg, PA 17104

Phone: 717-232-9757

Fax: 717-234-2227

Email: PPLONTRACK@cactricounty.org