

Solicitud de asistencia para pagos de PPL Electric



PPL Electric Utilities

| 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) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (34 horas/semana o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado (actualmente no empleado) <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Número de cuenta de facturación _____ | |
| Teléfono _____ | |
| Teléfono secundario _____ | |
| Enviar mi información de inscripción a: <input type="checkbox"/> Mi buzón de correo de EE. UU. <input type="checkbox"/> Mi correo electrónico → | |

3. Miembros del hogar: enumere a todos los miembros del hogar, incluido usted y todos sus niños. Enumere todos los tipos de ingresos para cada persona. Si un miembro no tiene ingresos, marque la casilla. Puede enviar los ingresos más recientes de 30 días o los ingresos totales de los últimos 12 meses, lo que mejor represente los ingresos anuales reales de su unidad familiar. Ejemplo: Si no trabaja todo el año, podría ser beneficioso proporcionar sus ingresos durante los últimos 12 meses. También puede completar su solicitud en línea en ppllectric.com/ontrack.

| | | |
|------------------------|---|---------------------------------------|
| Nombre completo _____ | Edad _____ | <input type="checkbox"/> Sin ingresos |
| Salario bruto \$ _____ | Asistencia pública \$ _____ | Pensión/SS \$ _____ SSI/SSD \$ _____ |
| desempleo \$ _____ | Compensación discapacidad del trabajador por \$ _____ | Otro \$ _____ |
| Nombre completo _____ | Edad _____ | <input type="checkbox"/> Sin ingresos |
| Salario bruto \$ _____ | Asistencia pública \$ _____ | Pensión/SS \$ _____ SSI/SSD \$ _____ |
| desempleo \$ _____ | Compensación discapacidad del trabajador por \$ _____ | Otro \$ _____ |
| Nombre completo _____ | Edad _____ | <input type="checkbox"/> Sin ingresos |
| Salario bruto \$ _____ | Asistencia pública \$ _____ | Pensión/SS \$ _____ SSI/SSD \$ _____ |
| desempleo \$ _____ | Compensación discapacidad del trabajador por \$ _____ | Otro \$ _____ |
| Nombre completo _____ | Edad _____ | <input type="checkbox"/> Sin ingresos |
| Salario bruto \$ _____ | Asistencia pública \$ _____ | Pensión/SS \$ _____ SSI/SSD \$ _____ |
| desempleo \$ _____ | Compensación discapacidad del trabajador por \$ _____ | Otro \$ _____ |
| Nombre completo _____ | Edad _____ | <input type="checkbox"/> Sin ingresos |
| Salario bruto \$ _____ | Asistencia pública \$ _____ | Pensión/SS \$ _____ SSI/SSD \$ _____ |
| desempleo \$ _____ | Compensación discapacidad del trabajador por \$ _____ | 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 | 5. Gastos mensuales |
|--|---|
| Tipo de estructura <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa adosada <input type="checkbox"/> Vivienda unifamiliar <input type="checkbox"/> Vivienda móvil <input type="checkbox"/> Dúplex | <input type="checkbox"/> Hipoteca o <input type="checkbox"/> Alquiler \$ _____ Sección 8/Subsidiado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Agua/alcantarillado \$ _____ Alimentos \$ _____ Teléfono \$ _____ PPL Eléctrico \$ _____ |
| Año en que se construyó la vivienda _____ <input type="checkbox"/> No sé | |
| Calentador de agua eléctrico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <i>Si alquila, indique</i> Nombre del propietario _____ Dirección del propietario _____ Teléfono del propietario _____ Correo electrónico del propietario _____ | |
| <i>Solo marque la casilla si el gasto es la fuente de calor principal:</i> Gas - <input type="checkbox"/> \$ _____ Carbón - <input type="checkbox"/> \$ _____ Petróleo - <input type="checkbox"/> \$ _____ Madera - <input type="checkbox"/> \$ _____ Propano - <input type="checkbox"/> \$ _____ Calefacción eléctrica - <input type="checkbox"/> \$ _____ | |

6. Revise los términos del programa OnTrack

Como participante del Programa OnTrack de PPL Electric Utilities, acepto las condiciones del Programa que se enumeran a continuación. El incumplimiento de cualquiera de las condiciones aceptadas puede dar lugar al retiro del Programa. Si actualmente tiene un proveedor de electricidad, deberá cancelar su contrato con el proveedor para ser elegible para OnTrack.

- Proporcionar los ingresos brutos de mi unidad familiar en el momento de enviar mi solicitud de OnTrack y volver a certificar esta información al menos una vez al año, a menos que reciba un subsidio de asistencia energética que se publique en PPL Electric.
- Notificar a PPL Electric inmediatamente cualquier cambio o en los ingresos de mi hogar.
- Si es elegible, solicitar cualquier servicio de climatización gratuito, incluido en el Programa WRAP de PPL Electric y mi programa de climatización local del condado.
- Confirmando que los hechos establecidos en mi solicitud de OnTrack son verdaderos y completos a mi leal saber y entender. Por la presente también autorizo a PPL Electric a verificar con más detalles los ingresos de mi hogar, según lo considere apropiado. Entiendo, estoy de acuerdo y acepto que las declaraciones falsas o deliberadamente incompletas en mi solicitud de OnTrack serán motivo para rechazar mi solicitud o mi eliminación del Programa.

7. Solicitud de consentimiento de reembolso de depósito de garantía

Una vez que confirmemos que usted es elegible para obtener ingresos, si ha pagado parte o la totalidad de un depósito de garantía facturado a su cuenta, puede optar por que se le reembolse o aplicarlo al saldo de su cuenta.

Si usted aplica el depósito a su saldo, esto no cambiara la forma en que calculamos su pago mensual de OnTrack (si usted es aprobado). Su decisión no afecta su elegibilidad para nuestros programas de asistencia.

- Aplicar importe pagado al saldo
- Importe del reembolso pagado con cheque

8. Envíe su solicitud

15. Firme y feche esta solicitud

16. 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 _____

Por favor, doble para asegurarse de que la dirección de devolución a continuación sea visible en la ventana del sobre.

Envíe por correo a: Tri County Community Action
Atención – OnTrack programa
1514 Derry Street
Harrisburg, PA 17104

Teléfono: 717-232-9757
Fax: 717-234-2227
Correo electrónico: PPLOnTrack@cactricounty.org