



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

### How to Apply for Energy Assistance

**Process:** Once **all appropriate** documents are in your file, your application will be processed within **60** days. If you receive a document request letter, please make every effort to get your information back to us as soon as possible. **Faxes are not accepted.**

**Identification:** Social Security Cards; Copies for **ALL** household members. Non-U.S. citizens: Copy of Passport or Permanent Resident Card. Birth-Certificate or crib card **ONLY** for household members under 6 months of age. Legal Custody papers for all minors under guardianship (DYFS).

**All Utility Bills:** Copies of **most recent** Gas/Electric bills (**All pages of PSE&G bill are required**) or copy of **most recent** receipt of purchase for Oil/Propane/Kerosene (Whichever applies).

**Dr.'s Note for cooling assistance:** **Must be an original** note on a Dr.'s script pad. Must be signed by Dr., dated, and must read: "client has (condition) and would benefit from cooling assistance". This note in full would be valid for you, for 5 consecutive years from the date on the note. Any other kind of note will result in delays, due to our need to verify it.

**Complete Proof of Address:** Copy of Lease or Tenant Verification Form. (**FULL copy of original LEASE IS REQUIRED**). If expired, Current Renewal Letter attached to full lease. If you are a homeowner; Copy of Deed, Mortgage or Tax Bill is needed. (Whichever applies) If you receive rental assistance, HUD document is considered as part of your proof of address and will be needed as well. If there is someone's name on any document that is not on the application, you must provide some form of documentation to show that this person resides in a different address.

#### Proof of Income:

- **Current and consecutive paystubs-** If paid WEEKLY the last 4, If paid BI-WEEKLY the last 2
- **SSI/SSD/SSA/Pension-** Current Award letters or bank statement
- **Collecting Unemployment-** Current Unemployment Determination Letter showing benefit amount, online printout of benefits claimed, NJDOL "Loops" Printout
- **Child Support/ Alimony-** Dated payment history printout, copy of Divorce Decree or original signed and dated letter- if settled out of court from payer- with contact info and phone #.
- **TANF/GA-**Benefits Printout from Board of Social Services (BOSS) or Current BOSS Approval Letter
- **Self Employed-** Most recent income Tax Return ALL PAGES
- **Rental Income-** Most recent Income Tax Return ALL PAGES, Lease agreement or Letter from Tenant.
- **Full-time students** 18 yrs. of age and older can provide Full-time student schedule (12+ credits at minimum are required)
- **Employee Letter for Cash Only Wages-** Must be Specific with wage amount and frequency. Must also have Contact Name and Telephone Number for verification purposes
- **Family Contribution Letter-** Must be Specific with payment amount, frequency and have contact name and phone number for verification purposes
- **Zero Income Declaration:** Families claiming zero income must sign an affidavit of zero income for any or all household members that claim zero income except for full time students. If no income is shown at all in a household the applicant must show how monthly expenses are being met.

*Ve a dorso para español*



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

### Cómo solicitar para la asistencia de energía:

**Proceso:** Una vez que todos los documentos apropiados están en su archivo, su solicitud será procesada en un plazo de 60 días. Si usted recibe una carta pidiendo documentos, por favor haga todo lo posible para enviar su información tan pronto sea posible. **No se aceptan faxes.**

**Identificación:** Tarjetas de Seguro Social, copias para **TODOS** los miembros del hogar. Los que no son ciudadanos, copia del pasaporte o tarjeta de residente permanente. Certificado de Nacimiento-sólo para los miembros del hogar menores de 6 meses. Papeles legales de custodia para todos los menores bajo tutela (DYFS).

**Facturas de Utilidades:** Gas/ Electricidad; **TODAS LAS PÁGINAS DE LOS RECIBOS MAS RECIENTE ES REQUERIDO.** Aceite/Propano/Queroseno-Fractura, Recibo de compra más reciente.

**Nota De Doctor para asistencia del aire acondicionado:** Debe ser una receta médica original. Debe ser firmada por el doctor, tener fecha, y debe decir: "el cliente tiene (condición) y se beneficiaría de la asistencia de enfriamiento". Esta nota en su totalidad sería válida para usted, durante 5 años consecutivos a partir de la fecha en ella. Cualquier otro tipo de cartas medicas resultará en retrasos, debido a nuestra necesidad de verificarla.

**Prueba completa de Domicilio/Residencia:** Contrato de Renta o Formulario de Verificación de Inquilinos. **(EL CONTRATO DE RENTA TIENE QUE ESTAR COMPLETO Y VIGENTE).** Si esta vencido, se requiere que adjunte el Formulario de Verificación de Inquilinos. Si usted es dueño de casa- copia de la escritura, hipoteca, o factura de impuestos. Si encontramos que alguno de estos documentos contiene el nombre de una persona que no está incluida en su aplicación, necesitaremos alguna forma de documentación para comprobar que esa persona ya no reside con Ud.

#### Comprobante de Ingresos:

- **Talonarios/Colillas Recientes y Consecutivos-** Si cobra semanalmente, adjunte los últimos 4. Si cobra cada quincena, adjunte los últimos 2
- **SSI/SSD/SSA/Pensión-** Carta de premio reciente o estado de cuenta bancaria
- **Desempleo-** Carta de Determinación mostrando la cantidad de beneficios, Impresión de NJDOL "Loops"
- **Manutención de Menores/ Pensión Alimenticia** - Impresión de historia de pago o declaración del cliente si es un arreglo extrajudicial (fuera de corte)
- **TANF/GA/SNAP-** Impresión de Beneficios de la Oficina de Servicios Sociales o Carta actual de Aprobación
- **Trabajador por cuenta propia-** Copia de Impuestos TODAS LAS PÁGINAS
- **Ingresos de Alquiler-** Copia de Impuestos todas las páginas, contrato de arrendamiento o carta del inquilino.
- **Los Estudiantes de Tiempo Completo** de 18 años o más pueden proveer impresión de horario estudiantil (12+ créditos)
- **Carta de Contribución Familiar-** Carta debe de indicar la cantidad y frecuencia y tener nombre y número de teléfono de contacto para nuestra verificación **Cero ingresos:** TODOS LOS INGRESOS deben estar al día. Las familias que reclaman Cero Ingresos deben firmar declaración jurada de cero ingresos y mostrar cómo están cumpliendo con sus gastos mensuales.

*See reverse side for English*



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

### Applicant Disclosure Form

Puertorriqueños Asociados for Community Organization, Inc. (PACO) must be aware of and properly manage all conflicts of interest, or any appearances of a conflict of interest. This Applicant Disclosure Form is designed to ensure that PACO can identify those situations where applicants are employees, board members, volunteers, or individuals related to or connected with employees, board members or volunteers, or individuals related to or connected with employees, board members, volunteers, and to appropriately manage any such conflicts in accordance with legal requirements and the goals of accountability and transparency in PACO's operations. A copy of this form must be filled out by every applicant.

**Please check off one or more boxes below if you are:**

A PACO <b>Board Member</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
A PACO <b>Employee</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
A PACO <b>Volunteer</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
A <b>Family Member</b> of a board member, employee, or volunteers	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

*"Family member" means a spouse, parent, child or spouse of a child, brother, sister, or spouse of a brother or sister, domestic partner or any individual related by blood or affinity of a PACO board member, employee, or volunteer.*

If you have checked "Yes" to one or more boxes above, you must fill out the Authorization to Apply for Benefit form.

Additionally, please check off one or more boxes below if you have either applied for **OR** received:

- LIHEAP benefits**
- USF benefits**
- TRUE / PAGE benefits**
- Weatherization Services**
- NJSHRES benefits**
- Senior Services**
- NJ SNAP (Food Stamps)**
- NJ LIFELINE (PAAD)**

<b>Print Name</b>			
<b>Signature</b>		<b>Date</b>	

A copy of this form must be sent to the Supervisor of the program for which a PACO employee, board member, volunteers, or family member is applying. Original forms shall be kept in the applicant's case file.

*Vea a dorso para español*



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

### Formulario de Declaración del Solicitante

Puertorriqueños Asociados para la Comunidad Organizada, Inc. (PACO) debe tener en cuenta y administrar adecuadamente todos los conflictos de interés, o cualquier apariencia de un conflicto de interés. Este Formulario de Declaración del Solicitante está diseñado para asegurar que PACO pueda identificar aquellas situaciones en las que los solicitantes son empleados, miembros de la junta, voluntarios o personas relacionadas o conectadas con los empleados, miembros de la junta o voluntarios, y para administrar adecuadamente cualquier tipo de conflictos de acuerdo con los requisitos legales y los objetivos de responsabilidad y la transparencia en las operaciones de PACO. *Una copia de este formulario debe ser llenado por cada solicitante.*

Por favor marque una o más cajas a continuación si *usted es*:

Un <b>miembro de la junta</b> PACO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Un <b>empleado</b> de PACO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Un <b>voluntario</b> de PACO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Un <b>miembro de la familia</b> de un miembro de la junta, empleado o voluntario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*"Miembro de la familia" designará al cónyuge, padre, hijo o cónyuge de un hijo, hermano, hermana o esposa de un hermano o hermana, pareja conviviente o cualquier persona relacionada por sangre o por afinidad de un miembro de la junta, empleado o voluntario de PACO.*

Si marcó "**Si**" una o más de las cajas arriba, usted debe llenar el Formulario Autorización para Aplicar para Beneficios.

Además, por favor marque una o más cajas de abajo si ha solicitado **O** recibe:

- Beneficios de LIHEAP**
- Beneficios de USF**
- Beneficios de TRUE / PAGE**
- Servicios de Climatización**
- Beneficios de NJSHRES**
- Servicios de Personas Mayores**
- Beneficios de NJ SNAP (Cupones de Alimentos)**
- Beneficios de NJ LIFELINE (PAAD)**

<b>Imprimir Nombre</b>			
<b>Firma</b>		<b>Fecha</b>	

Una copia de este formulario debe ser enviado al supervisor del programa para cual el empleado de PACO, miembro de la junta, voluntario o miembro de la familia está aplicando. Formas originales se mantendrán en el expediente del solicitante.

See reverse side for English



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

APPLICANT NAME		FILE LOCATOR	
ADDRESS		NOTICE DATE	FINAL NOTICE DATE
CITY / ZIP			

Account Number: \_\_\_\_\_

Dear Applicant:

Your application for Home Energy & USF Assistance was received incomplete or with incorrect documents. Please return this form along with **copies** of the missing documents listed on the reverse side within **14 days** of receipt of this notice via email to **liheap@pacoagency.org** **OR** to the address above. **Do not** send originals, with the **exception** of doctor's notes, employer letters, and family contribution letters. **The doctors note must be an original script pad**, include date, patient name, medical condition that would benefit from cooling and doctors signature. Documents will **NOT** be returned.

FAILURE TO COMPLY WITH PROGRAM STANDARDS WILL RESULT IN A DENIAL NOTICE.

Thank You!

**Program Associate:**



@pacoincnj



@pacoinc



@paco\_inc



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

Required Documents	Household Member
<b>Utility Bill(s)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PSE&amp;G - <b>ALL PAGES</b> Oil   Propane   Kerosene</li> </ul>	
<b>Proof of Residence</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lease agreement - ALL PAGES</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenant Verification Form (<b>MUST BE ORIGINAL DOCUMENT</b>)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortgage Statement / Tax bill / Deed</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobile Home: DMV Title /Park Lease</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Section 8: Public Housing lease agreement (<b>ALL PAGES</b>)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proof of new address for anybody that moved out</li> </ul>	
<b>Income Verification</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• (4) Weekly consecutive and current pay stubs <u>OR</u> (2) Bi-Weekly/Bi-Monthly consecutive &amp; current pay stubs</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unemployment Printout</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSA / SSD / SSI / Pension Award letter – issued within a year of application/recertification date</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interests/Dividends/1099 or statement</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TANF/GA/ Food Stamps</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affidavit of Zero Income</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Full-Time Student (12 or more credits) or School Letter</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Child support / Alimony (printout, divorce decree of total monthly support)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Contributions – letter from contributor (<b>MUST BE ORIGINAL DOCUMENT</b>)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self-employed (<b>PREVIOUS YEAR INCOME TAX RETURN</b>)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Employer letter – Letter stating frequency in pay, hourly rate, Employer’s contact and signature (<b>MUST BE ORIGINAL DOCUMENT</b>)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rental Income               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multi-Unit Homes - (<b>PREVIOUS YEAR INCOME TAX RETURN</b>)</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Social Security Card(s)</b>	
Applicant	
Spouse	
Household Members	
DYFS Legal Custody Papers	
Under 6 months only birth certificate	
<b>Medical Verification</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doctor’s note or Physician’s Certificate for cooling benefits (<b>MUST BE ORIGINAL DOCUMENT</b>)</li> </ul>	



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

<b>NOMBRE</b>		<b>UBICACIÓN DEL ARCHIVO</b>	
<b>DIRECCION</b>		<b>FECHA DE NOTIFICACION</b>	<b>FECHA DE NOTIFICACION FINAL</b>
<b>CIUDAD / CODIGO POSTAL</b>			

Número De Cuenta: \_\_\_\_\_

Estimado solicitante:

Su solicitud de asistencia de energía para el hogar y de USF fue recibida incompleta o con documentos incorrectos. Por favor envíe este formulario junto con **copias** de los documentos solicitados, listados al reverso de esta página dentro un plazo de **14 días** después de haber recibido esta notificación vía correo electrónico a **liheap@pacoagency.org** **O** a la dirección antes mencionada. **No envíe** documentos originales, con **la excepción** de la receta médica, carta de empleador, y carta de ayuda de familia. Si Ud. usa el original de una receta médica debe ser original que incluye la fecha, el nombre del paciente, la firma del doctor, la condición médica y debe especificar que el paciente necesita aire acondicionado. Documentos **NO** serán devueltas.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL PROGRAMA RESULTARÁ EN UN AVISO DE NEGACIÓN DE BENEFICIOS.

¡Gracias!

**Asociado de Programa:**



@pacoincnj



@pacoinc



@paco\_inc



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

<b>Documentos Requeridos</b>	<b>Miembro de Hogar</b>
<b>Facturas de Utilidades</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• PSE&amp;G Todas las páginas - Aceite   Propano   Querosín</li></ul>	
<b>Prueba de Residencia</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Contrato de arrendamiento (<b>TODAS LAS PAGINAS</b>)</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Formulario de verificación del Inquilino - (<b>SOLO DOCUMENTO ORIGINAL</b>)</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estado de cuenta de la Hipoteca/Factura de impuesto de la propiedad/Título de propiedad</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Casa móvil Título de DMV y el arrendamiento del estacionamiento</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sección 8: Contrato de arrendamiento de vivienda pública (<b>TODAS PÁGINAS</b>)</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prueba de la nueva dirección para cualquier persona que se mudado del hogar</li></ul>	
<b>Verificación de Ingreso</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• (4) Talonarios semanales de pago actuales y consecutivos <u>Q</u> (2) talonarios de pago actuales y consecutivos quincenal</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Documento de desempleo</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Carta de SS/Carta o documento de la Pensión/SSI/ SSD-Recibido en el año actual de la solicitud</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Declaración 1099 Intereses /Dividendos</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cupones de alimentos y/o Asistencia Publica</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Declaración jurada de cero ingresos</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estudiante de tiempo completo o una carta de la escuela indicando 12 créditos o mas</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Manutención de hijos/pensión alimenticia (copias de la decisión de divorcio de apoyo mensual total)</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Contribuciones de la familia – carta del contribuyente (<b>SOLO DOCUMENTO ORIGINAL</b>)</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajadores independientes, por su cuenta (<b>IMPUESTOS DEL AÑO ANTERIOR</b>)</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Carta de empleador con la frecuencia de pago, cantidad, información de contacto del empleador y firma (<b>SOLO DOCUMENTO ORIGINAL</b>)</li></ul>	
<b>Ingreso de Renta</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Viviendas de unidades múltiples - (<b>IMPUESTOS DEL AÑO ANTERIOR</b>)</li></ul>	
<b>Tarjeta(s) de Seguro Social</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Solicitante</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cónyuge</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Miembro (s) del hogar</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Documentos de custodia legal bajo la protección hogares temporales (DYFS)</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Para infantes menores de 6 meses de edad se requiere, certificado de nacimiento.</li></ul>	
<b>Verificación Medica</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Receta médica <u>Q</u> Certificación del médico para beneficio del aire acondicionado (<b>SOLO DOCUMENTO ORIGINAL</b>)</li></ul>	





# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

NEW JERSEY DEPARTMENT OF COMMUNITY AFFAIRS  
LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE &  
UNIVERSAL SERVICE FUND PROGRAMS

### TENANT LEASE VERIFICATION FORM

(This form is to be filled out only by the landlord and/or superintendent)

This is to verify that (tenant's name): \_\_\_\_\_ is residing at:

Street Address				Apt. Number			
City		State		Zip Code			
The number of occupants in this residence is				Adults		Children	

#### Names of ALL members of the family living in the unit


#### Please verify heating arrangement of tenant (CHECK ONLY ONE)

<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	Heat is included in rent.
<b>B</b>	<input type="checkbox"/>	Heat is <u>NOT</u> included in rent.
<b>C</b>	<input type="checkbox"/>	All utilities are included in rent (heat, electricity, cooking gas).
<b>D</b>	<input type="checkbox"/>	Tenant pays separate charge of \$ _____ towards heating costs.
Amount of monthly rent \$		Client Pays \$ _____ if subsidized <b>SEC. 8   HUD   TRA</b> (circle one)

#### Landlord's Information

First Name				Last Name			
(If Applicable) Name of Corp							
Address							
City		State		Zip Code			
Phone Number			Email Address				

\_\_\_\_\_  
Landlord or Representative

\_\_\_\_\_  
Date



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

NEW JERSEY DEPARTMENT OF COMMUNITY AFFAIRS  
LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE &  
UNIVERSAL SERVICE FUND PROGRAMS

### FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL ARRENDATARIO

(Este formulario debe ser completado sólo por el propietario y/o superintendente)

Esto es para verificar que (nombre del inquilino): \_\_\_\_\_ reside en:

Dirección				Número de Apt:	
Ciudad		Estado		Código Postal	
El número de ocupantes en esta residencia es		Adultos		Niños	

#### Nombres de *TODOS* los miembros de la familia que viven en el apartamento


#### Por favor, verifique el arreglo de calefacción del inquilino (MARQUE SOLO UNO)

<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	La calefacción está incluida en el alquiler.
<b>B</b>	<input type="checkbox"/>	La calefacción <b><u>NO</u></b> está incluida en el alquiler.
<b>C</b>	<input type="checkbox"/>	Todos utilidades están incluido en el alquiler (calefacción, electricidad, gas de cocina) .
<b>D</b>	<input type="checkbox"/>	El inquilino paga un cargo \$ _____ adicional para los gastos de calefacción
Cantidad de alquiler \$ _____		Cliente Paga \$ _____ (Subsidio) <b>SEC. 8   HUD   TRA</b> (marque uno)

#### Información del propietario

Nombre			Apellido		
(If Applicable) Name of Corp					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número Telefónico			Correo Electrónico		

\_\_\_\_\_  
Firma del propietario/representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

See reverse side for English



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

NEW JERSEY DEPARTMENT OF COMMUNITY AFFAIRS  
LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE &  
UNIVERSAL SERVICE FUND PROGRAMS

### PHYSICIAN'S CERTIFICATION FOR COOLING BENEFIT

***NJDCA PROCESSES APPLICATIONS FOR COOLING ASSISTANCE TO INCOME ELIGIBLE HOUSEHOLDS FOR WHICH THERE IS MEDICAL EVIDENCE THAT THE HEALTH OF AT LEAST ONE HOUSEHOLD MEMBER WILL BE SERIOUSLY ENDANGERED UNLESS THE HOUSEHOLD'S LIVING QUARTERS ARE COOLED.***

**Physician** – Please complete and return this form to your patient. Please sign and provide medical office stamp or attach business card.

<b>Head of Household/Applicant's Name</b>					
<b>Last four digits Head of Household/Applicant's SSN</b>					
<b>Address</b>					
<b>City</b>		<b>State</b>		<b>Zip Code</b>	
<b>Telephone</b>			<b>Email</b>		
<b>Patient's Name</b>					
<b>Last four digits of Patient's SSN</b>					
<b>Medical Diagnosis</b>					
<b>Name of Physician</b>					
<b>Address</b>					
<b>City</b>		<b>State</b>		<b>Zip Code</b>	
<b>Telephone</b>			<b>Email</b>		

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Vea al dorso para español*



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

NEW JERSEY DEPARTMENT OF COMMUNITY AFFAIRS  
LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE &  
UNIVERSAL SERVICE FUND PROGRAMS

### CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO PARA BENEFICIO DEL AIRE ACONDICIONADO

***NJDCA PROCESA APLICACIONES PARA HOGARES ELEGIBLES CON UN BENEFICIO PARA LA ELECTRICIDAD DEL AIRE ACONDICIONADO SI EXISTE EVIDENCIA MÉDICA QUE HAY AL MENOS UN MIEMBRO DEL HOGAR EN NECESIDAD DEL AIRE ACONDICIONADO POR UNA CONDICIÓN MÉDICA.***

**Médico** – Por favor de completar y devolver este formulario a su paciente. Por favor firme y provea el sello médico o tarjeta de la empresa.

<b>Cabeza de familia/Nombre del solicitante</b>						
Últimos cuatro dígitos del seguro social Cabeza de familia/solicitante						
<b>Dirección</b>						
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>		
Número telefónico			Correo electrónico			
<b>Nombre del paciente</b>						
Últimos cuatro dígitos del seguro social del paciente						
<b>Diagnóstico médico</b>						
<b>Nombre del médico</b>						
<b>Dirección</b>						
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>		
Número telefónico			Correo electrónico			

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

See reverse side for English



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

NEW JERSEY DEPARTMENT OF COMMUNITY AFFAIRS  
LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE &  
UNIVERSAL SERVICE FUND PROGRAMS

### ZERO INCOME STATEMENT

(For each individual household member(s) age 18 or over who are unemployed; **not full time students.**)

<b>Head of Household/Applicant's Name</b>					
<b>Last four digits Head of Household/Applicant's SSN</b>					
<b>Address</b>					
<b>City</b>		<b>State</b>		<b>Zip Code</b>	
<b>Telephone</b>			<b>Email</b>		

### MEMBER STATEMENT

I, \_\_\_\_\_ with last 4 of SS# \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ certify that I am a member of the above Household which applied for USF/LIHEAP benefits, and at the present time do not have any income from any source(s). I also certify that the above information is true to the best of my knowledge and that I am aware that I may be penalized or denied benefits if I knowingly provide false information.

\_\_\_\_\_  
Zero Income Claimant Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\*All income for a head of household who is also a full time student is to be counted

*Vea al dorso para español*



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

NEW JERSEY DEPARTMENT OF COMMUNITY AFFAIRS  
LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE &  
UNIVERSAL SERVICE FUND PROGRAMS

### DECLARACIÓN DE CERO INGRESOS

(Para cada miembro de la familia de 18 años de edad o más que están desempleados; **no los estudiantes a tiempo completo.**)

<b>Cabeza de familia / Nombre del solicitante</b>						
<b>Últimos cuatro dígitos del seguro social Cabeza de familia/solicitante:</b>						
<b>Dirección</b>						
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>		
<b>Número telefónico</b>			<b>Correo electrónico</b>			

### DECLARACIÓN DEL MIEMBRO

Yo, \_\_\_\_\_ con los ultimo 4 dígitos de seguro social \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ certifico que soy un

miembro de la casa indicada que aplicó para beneficios de USF/LIHEAP y en la presente no

tienen ningún ingreso de cualquier fuente(s). También certifico que la información indicada es

verdadera y exacta al mejor de mi conocimiento y que soy consciente de que puedo ser

penalizado o negado beneficios si a sabiendas proveo información falsa.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante de cero ingresos

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Todos los ingresos de una cabeza de familia quien también es estudiante de tiempo completo deben ser contado

*See reverse side for English*



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

---

### SAMPLE: Family Contribution Letter

(TODAY'S DATE HERE)

To Whom It May Concern,

I, (NAME OF PERSON GIVING HELP), state that I am helping, (NAME OF PERSON RECEIVING HELP), with their rental expenses because they are experiencing a hardship. I give (NAME OF PERSON RECEIVING HELP) the amount of (AMOUNT OF HELP) every (HOW OFTEN [Weekly/Biweekly/Monthly/Annually] AMOUNT IS GIVEN). If you have any questions, please contact me at (PHONE NUMBER).

Regards,

(SIGNATURE)

(NAME OF PERSON GIVING HELP)

(ADDRESS OF PERSON GIVING HELP)

*Vea al dorso para español*



# DEPARTMENT OF ENERGY CONSERVATION

## HOME ENERGY ASSISTANCE

346 CENTRAL AVENUE  
JERSEY CITY, NJ 07307

---

### **EJEMPLO: Carta de Contribución de la Familia**

**La carta tiene que incluir lo siguiente (números 1 a 6):**

- 1. Fecha**
- 2. Nombre de la persona ENTREGANDO la ayuda económica**
- 3. Nombre de la persona RECIBIENDO la ayuda económica**
- 4. Cantidad de la ayuda económica**
- 5. Frecuencia de Pago (Semanal/Quincenal/Mensual/Anual)**
- 6. Firma, dirección, y número de teléfono de la persona ENTREGANDO la ayuda económica**

**CARTA SERA HECHA EN INGLES SOLAMENTE BASADO AL  
EJEMPLO MOSTRADO AL DORSO DE LA PAGAINA**