



P.A.C.O.

DEPT. OF ENERGY CONSERVATION



(844) 722-6432



LIHEAP@PACOAGENCY.ORG

307 MARTIN LUTHER KING DR. JERSEY CITY NJ 07305

NJ Shares Energy Assistance Programs

Complete Application

Program: P.A.G.E. Utility Assistance Energy Assistance Grants

- 1. _____ Proof of Program Assistance**
(LIHEAP, USF, SNAP, TANF, SSI, Veterans Pension, etc.)

- 2. _____ Most Recent Utility Bill**
(ALL PAGES of the bill. Must have past due or shut off notice)

- 3. _____ Current Proof of Residence**
(Lease/Section 8/Housing Lease, etc. OR Mortgage/Deed/Tax Bill)

- 4. _____ Proof of Income**
(Pay Stubs, SS Benefits, Pension, TANF/GA, Zero Income Form, etc.)

- 5. _____ Social Security Cards, if applicable**
(International Passport if NO Social Security Number)

- 6. _____ Unexpired government-issued I.D.**
(For ALL household members including children. MVC I.D., County I.D., Passport, Birth Certificate, School Document, etc.)

Please allow 60 business days for application processing or requesting of additional documents

**Email applications and documents to:
liheap@pacoagency.org**



P.A.C.O.

DEPT. OF ENERGY CONSERVATION

(844) 722-6432

LIHEAP@PACOAGENCY.ORG

307 MARTIN LUTHER KING DR. JERSEY CITY NJ 07305

Solicitud Completa del Programa de NJ Shares

Program: P.A.G.E. Utility Assistance Energy Assistance Grants

1. _____ **Prueba de Asistencia de Servicios Sociales**
(LIHEAP, USF, SNAP, TANF, SSI, Pensión de Veteranos, etc.)
2. _____ **Factura de Utilidades más reciente**
(Todas las páginas del recibo. Deber \$100 o mas)
3. _____ **Prueba de Dirección Actual**
(Contrato de Arrendamiento/sección 8/Vivienda Pública, etc. **O** Factura de Hipoteca/Título de Propiedad/Factura de Impuestos)
4. _____ **Prueba de Ingreso**
(Talonarios de Trabajo, Seguro Social, pensión, Asistencia Pública, Formulario de Cero Ingresos, etc.)
5. _____ **Tarjeta de Seguro Social, si aplica**
(Pasaporte del país nativo si no tienes número de social)
6. _____ **Identificación vigente emitida por un gobierno**
(Para TODOS los miembros del hogar, incluidos los niños. Identificación de MVC, identificación del condado, pasaporte, certificado de nacimiento, documento escolar, etc.)

Tome en cuenta que para procesar la aplicación o solicitar documentos adicionales son 60 días laborales

**Envíe aplicaciones y documentos por correo electrónico a:
liheap@pacoagency.org**

UTILITY ASSISTANCE APPLICATION

APPLICANT INFORMATION

First Name

Last Name

Email Address

Date of Birth

MAILING ADDRESS INFORMATION

Street Address

Apartment/Unit #/Floor (if applicable)

City

State

Zip Code

County

SERVICE ADDRESS INFORMATION

Check here if the service address is the same as the mailing address above. If the same, do not fill below.

Street Address

Apartment/Unit #/Floor (if applicable)

City

State

Zip Code

County

DEMOGRAPHICS HEAD OF HOUSEHOLD INFORMATION

Is applicant the head of household? (This is the person responsible for the household bills) Yes No

Head of household marital status Married Single Separated/ Divorced Widow/Widower

Head of household age 18-49 50-59 60+

Is head of household a U.S. Veteran? Yes No

Head of household gender Male Female Other Decline to answer

Head of household race Alaska Native American Indian Asian Black or African American

Mixed Race Native Hawaiian Other Pacific Islander White Decline to answer

Head of household ethnicity Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Other Decline to answer

Head of household other characteristics None Single Parent Grandparent with child

Widow/Widower Other _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Primer nombre	Apellido	Correo electrónico
---------------	----------	--------------------

Fecha de nacimiento

INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE CORREO

Dirección	Apartamento / Unidad # / Piso (si aplica)
-----------	---

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO

Marque aquí si la dirección del servicio es la misma que la dirección postal anterior. Si son iguales, no llene los espacios en blanco a continuación.

Dirección	Apartamento / Unidad # / Piso (si aplica)
-----------	---

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

DEMOGRAFIA INFORMACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

¿Es el solicitante el jefe de familia? (Esta es la persona responsable de las facturas del hogar) Sí No

Estado civil del jefe de familia Casado(a) Soltero(a) Separado(a) / Divorciado(a) Viuda / Viudo

Edad del jefe de hogar 18-49 50-59 60+

¿Es el jefe de familia un veterano de los Estados Unidos? Sí No

Género del jefe de hogar Masculino Femenino Otro Negarse a contestar

Raza del jefe de hogar Nativo de Alaska Indio americano Asiático Negro o afroamericano

Raza mixta Nativo hawaiano Otro isleño del pacífico Blanco Negarse a contestar

Jefe de hogar origen étnico Hispano o latino No hispano o latino Otro Negarse a contestar

Jefe de hogar otras características Ninguno Padre/Madre soltero(a) Abuelo con niño
 Viudo / viuda Otro _____

DEMOGRAPHICS

APPLICANT INFORMATION (Fill out only if Applicant is not Head of

- Marital status of applicant** Married Single Separated/ Divorced Widow/Widower
- Age of applicant** 18-49 50-59 60+
- Is applicant a U.S. Veteran?** Yes No
- Applicant gender** Male Female Other Decline to answer
- Applicant race** Alaska Native American Indian Asian Black or African American Mixed Race
 Native Hawaiian Other Pacific Islander White Decline to answer
- Applicant ethnicity** Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Other Decline to answer
- Applicant other characteristics** None Single Parent Grandparent with child Widow/Widower
 Other _____

RESIDENCE INFORMATION

- Applicant Age 65+ Applicant Receives Social Security Disability Rent Own
- Has anyone in the household applied for unemployment or temporary disability?** Yes No
- Does anyone in the household have a medical condition and relies on electric-powered medical equipment?** Yes No
- How long have you lived at current residence?** _____
- How is the residence heated?** Gas Electric Oil Propane Other _____
- Number of people who live in the household (by age)**
- 0-6 Years _____ 7-17 Years _____ 18-49 _____ 50-59 Years _____ 60+ Years _____

ASSISTANCE RECEIVED

- Has anyone in the household received assistance within the current benefit year.** Yes No
- If Yes, select all assistance received from the programs listed below.**
- Affordable Connectivity Program (ACP) AQUA Aid Program
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) Lifeline Communications Program
- Lifeline Utility Assistance Program NJ American Water H2O Program NJ FamilyCare/Medicaid
- NJ SHARES Energy Assistance Grant NJ SMART Program NJ SHARES SMART Utility Assistance Program
- Supplemental Security Income (SSI) Universal Service Fund (USF) Veterans Pension
- Veterans Survivors Pension WorkFirst NJ - Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

DEMOGRAFÍA

INFORMACIÓN DEL APLICANTE (Complete solo si el solicitante no es jefe de familia)

- Estado civil del solicitante** Casado(a) Soltero(a) Separado(a)/Divorciado(a)
- Edad del solicitante** 18-49 50-59 60+
- ¿Es el solicitante un veterano de los Estados Unidos?** Sí No
- Viuda / Viudo Genero del solicitante** Masculino Femenino Otro Negarse a contestar Raza del solicitante
- Nativo de Alaska Indio americano Asiático Negro o afroamericano Raza mixta Nativo hawaiano
- Otro isleño del pacífico Blanco Negarse a contestar
- Etnia del solicitante** Hispano o latino No hispano o latino Otro Negarse a contestar
- Solicitante otras características** Ninguno Padre/Madre Abuelo con niño Viuda / Viudo soltero(a)
- Otro _____

INFORMACION DE RESIDENCIA

- Solicitante de 65+ El solicitante recibe SSD Alquilar Dueño
- ¿Alguien en el hogar ha solicitado el desempleo o la incapacidad temporal?** Sí No
- ¿Alguien en el hogar tiene una afección médica y depende de equipos médicos eléctricos?** Sí No
- ¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual?** _____
- ¿Cómo se calienta la residencia?** Gas Eléctrico Petróleo Propano Otro Número de personas que viven en el hogar (por edad)
- 0-6 Años _____ 7-17 Años _____ 18-49 Años _____ 50-59 Años _____ 60+ Años _____

ASISTENCIA RECIBIDA

- ¿Alguien en el hogar ha recibido asistencia durante el año en curso?** Sí No
- En caso afirmativo, seleccione toda la asistencia recibida de los programas que se enumeran a continuación y omita la sección Información de ingresos.**
- Affordable Connectivity Program (ACP) AQUA Aid Program
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) Lifeline Communications Program
- Lifeline Utility Assistance Program NJ American Water H2O Program NJ FamilyCare/Medicaid
- NJ SHARES Energy Assistance Grant NJ SMART Program NJ SHARES SMART Utility Assistance Program
- Supplemental Security Income (SSI) Universal Service Fund (USF) Veterans Pension
- Veterans Survivors Pension WorkFirst NJ - Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

INCOME INFORMATION

Total Adults (18+ years) in the household _____ **How many adults have income in the household** _____

Number of adults that do not have income _____ **(Complete form on last page for adults with no income.)**

Income Source Employment Pension Social Security with Medicare Social Security without Medicare
 Disability Unemployment Child Support Rental Income Other _____

Income for each adult household member (Adult #1)

Weekly – Amount 1: \$ _____ Amount 2: \$ _____ Amount 3: \$ _____ Amount 4: \$ _____
 Every 2 Weeks – Amount 1: \$ _____ Amount 2: \$ _____ Amount 3: \$ _____
 Twice a Month – Amount 1: \$ _____ Amount 2: \$ _____
 Monthly – Amount 1: \$ _____

Income for each adult household member (Adult #2, if needed)

Weekly – Amount 1: \$ _____ Amount 2: \$ _____ Amount 3: \$ _____ Amount 4: \$ _____
 Every 2 Weeks – Amount 1: \$ _____ Amount 2: \$ _____ Amount 3: \$ _____
 Twice a Month – Amount 1: \$ _____ Amount 2: \$ _____
 Monthly – Amount 1: \$ _____

If additional household members have income, please use page 5 of the application.

MISCELLANEOUS INFORMATION

Phone number _____ Cell Home **Phone number** _____ Cell Home

Why do you need help? Medical/Health Unemployed Reduced Hours/Change in employment
 Other _____

Primary language (if other than English) _____

How did you hear about NJ SHARES? Referral from Utility Company Community Organization Friend
 Elected Official NJS Outreach Other _____

INFORMACION DE INGRESOS

Total de adultos (18+ años) en el hogar _____ **¿Cuántos adultos tienen ingresos en el hogar?** _____

Número de adultos que no tienen ingresos ____ **(Complete el formulario en la última página para adultos sin ingresos).**

Origen de ingresos Empleo Pensión Seguro Social con Medicare Seguro Social sin Medicare
 Deshabilitate Desempleo Manutención de los hijos Ingresos por alquiler Otro _____

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #1)

Semanal – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Cantidad 4: \$ _____
 Cada dos semanas – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____
 Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____
 Mensual – Cantidad 1: \$ _____

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #2, si necesario)

Semanal – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____ Cantidad 4: \$ _____
 Cada dos semanas – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____ Cantidad 3: \$ _____
 Dos veces al mes – Cantidad 1: \$ _____ Cantidad 2: \$ _____
 Mensual – Cantidad 1: \$ _____

Si los miembros adicionales del hogar tienen ingresos, utilice la última página de la solicitud.

INFORMACIÓN VARIADA

Número de teléfono _____ Teléfono móvil Casa

Número de teléfono adicional _____ Teléfono móvil Casa


















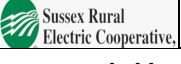

¿Por qué necesita ayuda? Salud médica Desempleados Horas reducidas / Cambio de empleo
 Otro _____

Lenguaje primario (si no es inglés) _____

¿Cómo se enteró de NJ SHARES? Remisión de la empresa de servicios públicos Organización de la comunidad Amigo
 Funcionario electo NJS Outreach Otro _____

UTILITY INFORMATION

What type of assistance are you applying for? Select all that apply

ENERGY				WATER			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	 Butler	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	 Lavallette	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Municipal Water Utility _____
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	 Pemberton	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Municipal Sewer Utility _____
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
Utility account holder name and utility account number		Utility account holder name and utility account number		Utility account holder name and utility account number		Utility account holder name and utility account number	
Utility bill balance		Utility bill balance		Utility bill balance		Utility bill balance	
Date & amount of last payment		Date & amount of last payment		Date & amount of last payment		Date & amount of last payment	
Shut off date (if applicable)		Shut off date (if applicable)		Shut off date (if applicable)		Shut off date (if applicable)	





















If Atlantic City Electric was selected, please answer the below questions:

1. Have you had an assessment by Atlantic City Electric to have your meter replaced? Yes No

2. If yes, do you have an invitation code? Yes No. If yes, enter code here: _____

INFORMACION DE UTILIDAD

¿Qué tipo de asistencia solicita? Seleccione todas las que correspondan

ENERGÍA				AGUA							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Servicio Municipal de Agua					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Servicio de alcantarillado municipal					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
Número de cuenta de servicios públicos			Número de cuenta de servicios públicos			Número de cuenta de servicios públicos			Número de cuenta de servicios públicos		
Balance de servicios públicos			Balance de servicios públicos			Balance de servicios públicos			Balance de servicios públicos		
Fecha y monto del último pago			Fecha y monto del último pago			Fecha y monto del último pago			Fecha y monto del último pago		
Fecha de cierre (si corresponde)			Fecha de cierre (si corresponde)			Fecha de cierre (si corresponde)			Fecha de cierre (si corresponde)		

Si Atlantic City Electric fue seleccionada, por favor responda las siguientes preguntas:

- ¿Ha tenido una evaluación por parte de Atlantic City Electric para reemplazar su medidor? Sí No
- En caso afirmativo, ¿tiene un código de invitación? Sí No
 En caso afirmativo, ingrese el código aquí: _____

LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD NO GARANTIZA LA ASISTENCIA. INCLUSO SI SE PROPORCIONA ASISTENCIA, ES MUY IMPORTANTE QUE SIGA HACIENDO PAGOS.

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN/DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD

La información personal que proporciona al solicitar un programa de asistencia con NJ SHARES se utiliza para facilitar una solicitud de asistencia. El envío de su información indica que ha leído y acepta lo siguiente:

Al firmar, certifico que la información proporcionada y adjunta a esta solicitud es verdadera, completa y correcta. Soy consciente y entiendo que si cualquier información contenida o adjunta a esta solicitud es deliberadamente falsa, estoy sujeto a enjuiciamiento penal. Entiendo que debo proporcionar la documentación requerida y cualquier documentación adicional solicitada dentro de los 10 días hábiles para continuar con el proceso de solicitud. Por la presente, autorizo a mi(s) proveedor(es) de servicios públicos a divulgar la información de mi cuenta de cliente, incluido el uso, el historial de pagos y la participación en otros programas de subvenciones de servicios públicos a NJ SHARES con el fin de procesar mi solicitud de NJ SHARES y monitorear el progreso de mi(s) cuenta(s) de servicios públicos. Entiendo que la información de esta solicitud puede compartirse para garantizar el acceso a todos los programas de asistencia para los que puedo ser elegible. Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la subvención de NJ SHARES se acredite en mi(s) cuenta(s).

**SUBMISSION OF AN APPLICATION DOES NOT GUARANTEE ASSISTANCE.
 EVEN IF ASSISTANCE IS PROVIDED IT IS VERY IMPORTANT YOU KEEP MAKING PAYMENTS.**

VERIFICATION OF INFORMATION/PRIVACY RELEASE

The personal information you provide when applying for an assistance program with NJ SHARES is used to facilitate an assistance application. Submitting your information indicates that you have read and agree to the following:
 By signing, I certify that the information given in and attached to this application is true, complete, and correct. I am aware and understand that if any information contained in or attached to this application is willfully false, that I am subject to criminal prosecution. I understand that I must provide the required documentation and any additional requested documentation within 10 business days in order to proceed with the application process. I hereby authorize my utility provider(s) to release my customer account information, including usage, payment history, and participation in other utility grant programs to NJ SHARES for the purpose of processing my NJ SHARES application and monitoring the progress of my utility account(s). I understand that the information in this application may be shared to ensure access to all assistance programs for which I may be eligible. This authorization shall expire one year from the date the NJ SHARES grant is credited to my account(s).

--	--

Applicant Signature

Date

**FOR AGENCY USE
 ONLY**

Date	Agent/Representative Name	Agency Name & Location

Income for each adult household member (Adult #3, if needed)

- Weekly – Amount 1: \$_____ Amount 2: \$_____ Amount 3: \$_____ Amount 4: \$_____
- Every 2 Weeks – Amount 1: \$_____ Amount 2: \$_____ Amount 3: \$_____
- Twice a Month – Amount 1: \$_____ Amount 2: \$_____
- Monthly – Amount 1: \$_____

Income for each adult household member (Adult #4, if needed)

- Weekly – Amount 1: \$_____ Amount 2: \$_____ Amount 3: \$_____ Amount 4: \$_____
- Every 2 Weeks – Amount 1: \$_____ Amount 2: \$_____ Amount 3: \$_____
- Twice a Month – Amount 1: \$_____ Amount 2: \$_____
- Monthly – Amount 1: \$_____

Income for each adult household member (Adult #5, if needed)

- Weekly – Amount 1: \$_____ Amount 2: \$_____ Amount 3: \$_____ Amount 4: \$_____
- Every 2 Weeks – Amount 1: \$_____ Amount 2: \$_____ Amount 3: \$_____
- Twice a Month – Amount 1: \$_____ Amount 2: \$_____
- Monthly – Amount 1: \$_____

--	--

Firma del solicitante

Fecha

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA

Fecha	Nombre del agente / representante	Nombre y ubicación de la agencia

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #3, si necesario)

- Semanal – Cantidad 1: \$_____ Cantidad 2: \$_____ Cantidad 3: \$_____ Cantidad 4: \$_____
- Cada dos semanas – Cantidad 1: \$_____ Cantidad 2: \$_____ Cantidad 3: \$_____
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$_____ Cantidad 2: \$_____
- Mensual – Cantidad 1: \$_____

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #4, si necesario)

- Semanal – Cantidad 1: \$_____ Cantidad 2: \$_____ Cantidad 3: \$_____ Cantidad 4: \$_____
- Cada dos semanas – Cantidad 1: \$_____ Cantidad 2: \$_____ Cantidad 3: \$_____
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$_____ Cantidad 2: \$_____
- Mensual – Cantidad 1: \$_____

Ingresos para cada miembro adulto del hogar (Adulto #5, si necesario)

- Semanal – Cantidad 1: \$_____ Cantidad 2: \$_____ Cantidad 3: \$_____ Cantidad 4: \$_____
- Cada dos semanas – Cantidad 1: \$_____ Cantidad 2: \$_____ Cantidad 3: \$_____
- Dos veces al mes – Cantidad 1: \$_____ Cantidad 2: \$_____
- Mensual – Cantidad 1: \$_____

Zero Income Affirmation

This page is to be completed and signed by the applicant when there are adult household members without income.

I affirm that the following adult household members have zero income and do not contribute to my household expenses:

--	--

Print First Name

Print Last Name

--	--

Print First Name

Print Last Name

--	--

Print First Name

Print Last Name

--	--

Print First Name

Print Last Name

--	--

Print First Name

Print Last Name

Applicant Signature: _____

Date: _____

Afirmación de Cero Ingresos

Esta página debe ser completada y firmada por el solicitante cuando haya miembros adultos del hogar sin ingresos.

Afirmo que los siguientes miembros adultos del hogar tienen cero ingresos y no contribuyen a los gastos de mi hogar:

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Imprimir Nombre	Imprimir Apellido

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____