

Requisitos para 2025

Eres eligible para renovar tus servicios?

- Aplicado desde 2019 y actualmente se encuentra en la misma direccion.
- Si su direccion no a cambiado desde 2024.

Si estas renovando tus servicios para 2025.

- INGRESO (2025 AWARD LETTER EJEMPLO: SS, SSDI, SSI).
- Los clients deben recibir su carta de concesion de la Oficina de Administracion del Seguro Social en elm es de Noviembre o Diciembre (conservate esta copia).
- Carta de Concesion de SNAP (si es aplicable)
- Carta de Concesion de Vivenda (si es aplicable)
- Cualquier otro ingreso que reciba el hogar, como (talons de cheques de los ultimos 30 dias a partir de la fecha de firma de la solicitud, manutencion infantile, reembolso de vivienda).

Necesita completar una solicitud regular de 2025:

Si nunca a recibido asistencia o se ha mudado desde 2024, debe completar la solicitud de renovacion.

- Certificado de nacimiento (necesario para todas las personas del hogar).
- Tarjeta de Seguro Social o documento legal (necesario para todas las personas del hogar).
- Licencia de conducir or identificacion (necesario para todos en el hogar mayores de 18). Asegurese de que la licencia de conducir o la identificacion no esten vencidas o no sean validas.
- Cualquier ingreso recibido por el hogar, como (SSI, SS, SSDI, talon de cheque de los ultimos 30 dias a partir de la fecha en que el cliente presento la solicitud, manutencion infantile, reembolso de vivenda).
- Carta de Concesion de SNAP (si es aplicable).
- Carta de Concesion de Vivienda (si es aplicable).

Descargo de responsabilidad: es posible que se requieran mas documentos en el momento de presentar la solicitud.

Nota: Si tiene credito o saldo cero en su cuenta, no puede volver a presentar la solicitud hasta que se agote su credito y tenga una gactura que pagar.

Los estados de las solicitudes se actualizan semanalmente, no diariamente.

- ❖ Texto para actualización de estado: 936.553.0318
- ❖ Texto para solicitar una solicitud por correo electrónico: 936.221.8707
- ❖ Texto para solicitar una solicitud por correo: 936.221.8695
- ❖ Clientes pueden enviar aplicaciones por correo electrónico: programinfo@get-cap.org
- ❖ Para programar una cita en persona: 936.720.7474
- ❖ Sitio Web: www.get-cap.org

CLIMATIZACION

Climatizacion no incluye ventanas, puertas, techos, cableado o plomeria.

- ❖ *Nuestro personal programa las evaluaciones por teléfono y/o visitas domiciliarias. Después de dos intentos de comunicarse sin respuesta, su solicitud será rechazada.*
- ❖ *Cualquier cita Perdida para una evaluación sin previo aviso hará que se rechace su solicitud. Se le permite reprogramar una vez. Cualquier intento posterior de reprogramar una evaluación provocará que se rechace la solicitud.*
- ❖ *Cualquier hogar que se considere un riesgo para la salud y la seguridad de Nuestro personal o contratistas estará sujeto a una revisión adicional a discreción de GETCAP.*
- ❖ *Formulario de permiso del propietario-SOLO PARA INQUILINOS(consulte nuestro sitio web para solicitar una copia).*

Debe incluir un mapa o una breve descripción de su hogar en la página 3 de solicitud.

[POR FAVOR INCLUYA EL ENVIO APROPIADO – EL CORREO SIN FONDOS SUFICIENTES SERA DEVUELTO](#)

**Greater East Texas Community Action Program
PO Box 631938
Nacogdoches, TX 75963**

Greater East Texas Community Action Program

Solicitud de Servicios

Todos los campos deben ser completados

Nombre de Solicitante			
Direccion	Ciudad	Condado	Codigo Postal
Direccion Postal si es Diferente		Telefono Principal #	Telefono Secundario o Alternativo #
Correo Electronico		Referido Por	

Por favor verifique el programa que esta solicitando:

Asistencia Energetica
 RISE (Manejo de Casos)
 Climatizacion
 Head Start
 HVAC
 Otro

Por favor use esta leyenda para completar las preguntas Seguro de Salud, Situacion Laboral, Educacion, Raza, y Ethnicidad

Seguro de Salud: (se puede elegir mas de uno)

- A. Medicaid(Seguro de enfermedad)
- B. Medicare(Seguro medico del estado)
- C. Seguro Estatal de Salud Infantil (CHIP)
- D. Seguro de Salud Estatal para Adultos
- E. Cuidado de la Salud Militar
- F. Compra Directa
- G. Basado en el Empleo
- H. Ninguno

Educacion:

- A. 0 – 8 Grado
- B. 9 – 12 Grado
- C. Graduado de Secundaria o GED
- D. Alguna Educacion Superior
- E. Graduado Universitario de 2 o 4 anos
- F. Graduado de otra escuela postsecundaria

Situacion Laboral:

- A. Tiempo Completo
- B. Medio Tiempo
- C. Trabajador migratorio, estacional o agricola
- D. Desempleado (6 meses o menos)
- E. Desempleado (mad de 6 meses)
- F. Desempleado
- G. Retirado

Raza:

- A. Afroamericano
- B1. Hispano
- B2. Angloamericano
- C. Indio Americano o Nativo de Alaska
- D. Asiatico
- E. Multi-raza (2 o mas)
- F. Otro

Todos los campos deben completarse por cada miembro del hogar

Si o No

Use la leyenda para esta seccion

Nombre y Apellido	Relacion con usted	Numero de Seguro Social #	Fecha de Nacimiento	Sexo Masculin o Femenino	Si o No			Use la leyenda para esta seccion					
					Militar Activo	Veterano	Discapacitado	Seguro de Salud	Situacion Laboral (18 anos o mas)	Educacion	Raza	Ethnicidad (Hispano o No)	
1	Si Mismo												
2													
3													
4													
5													
6													
7													

Listar miembros adicionales en la parte posterior o pagina separada

Su familia recibe cualquiera de los siguientes beneficios? (Verifique)

<input type="checkbox"/> Jubilacion del Seguro Social	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Servicios de VA- Compensacion de Discapacidad Conectado	Otro: Por favor explique
<input type="checkbox"/> Manutencion de los hijos	<input type="checkbox"/> SSDI	<input type="checkbox"/> EITC	<input type="checkbox"/> Compensacion del Trabajador	<input type="checkbox"/> Pension Alimenticia o otra Manutencion Conyugal
<input type="checkbox"/> Pension de Invalidez	<input type="checkbox"/> SNAP	<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> VA- Sin Servicio Conectado
			<input type="checkbox"/> Seguro Privado de Discapacidad	

Su familia recibe alguno de los siguientes beneficios? (Verifique)

- WIC
 Bono de Guarderia
 Vivienda Publica
 HUD-VASH
 Vivienda de Apoyo Permanente
 Vale de Eleccion de Vivienda
 Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

Ha recibido esta residencia servicios del Programa de Climatizacion? Si No Cuando? _____

En que ano fue construida su casa? _____ Es DUENO o ALQUILA su residencia? _____

Si es **DUENO**, tipo de vivienda? Casa Privada Casa Movil (Ancho Simple o Doble) Hipoteca Mensual: \$ _____

Si es **ALQUILADO**, tipo de vivienda? Casa Privada Casa Movil (Ancho Simple o Doble) Apartamento

Vivienda Subsidiada Los servicios publicos estan incluidos en el alquiler? Si No
Renta Mensual: \$ _____

Nombre del Propietario: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Numero Telefonico#: _____

Tipo de **Aire Acondicionado** utilizado: Unidad de Ventana Unidad Central Enfriador Evaporativo Ninguno

Tipo de **Calentador** utilizado: Calentado de Gas ---- Cuantos? _____ Unidad Central Horno de Pared
 Calentador Electrico --- Cuantos? _____ Estufa --- Gas o Madera

Esta goteando su techo? Si No En caso afirmativo cuanto tiempo lleva goteando? _____ En cuantas habitaciones esta goteando? _____

Hay agujeros en sus pisos? Si No Su casa tiene una buena base? Si No

I acknowledge I have received Energy Saving Tips	Y	N
Do you have small children who are not in school? If so, would you like information about our Head Start Program? (Locations: Nacogdoches, San Jacinto, Smith, Houston, and Walker County)	Y	N
Do you have specific goals that you would like to achieve in employment or education?	Y	N
Do you need assistance locating your local child support office?	Y	N
Would you like for a representative to contact you about RISE (Reaching Independence through Supportive Elevation)	Y	N
Would you like a representative to contact you about Weatherization?	Y	N

Por favor explique que ha sucedido en los ultimos 30 dias que le ha llevado a buscar nuestra asistencia y una reduccion en los ingresos.

***DECLARATION OF INCOME STATEMENT
(DECLARACION DE INGRESOS)**

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30 day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 dias antes del aplicar para asistencia)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido) \$	Last Day of Employment:

**My household has no documented proof of income due to the following situation.
(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):**

Pagina de Firma

Proveedores de Servicios Publicos	# de Cuenta	Nombre del titular de la cuenta:
Compania Electrica:		
Compania de Gas:		
Compania de Propano:		
Compania de Agua:		

Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y a su agencia contratada a solicitar/verificar información sobre mis historiales de consumo y facturación de energía, tanto pasados como futuros, en la medida en que la informacion se use solo para determinar la elegibilidad del programa y proporcionar datos.

Advertencia La sección 1001 del Codigo de los EE. UU. Tipifica como delito penal hacer declaraciones falsas intencionales de tergiversación a cualquier departamento o agencia de los EE. UU. en cuanto a cualquiera dentro de su jurisdicción.

Entiendo que una Fotocopia de este comunicado es valida como el original.

Autrizacion que se renovara solo si la informacion cambia

Certificacion

- La informacion proveida en esta forma es correcta segun mi mayor entendimiento.
- Los ingresos de mi hogar an sido calculados anualmente segun los reglamentos preescritos por la agenica.
- Comprendo que puedo solicitar una audiencia para apelar decisions que me afectan, tales como: la elegibilidad al programa, asistencia recibida o tardanza de asistencia.
- Autoriz al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y sus agencias contratadas a solicitar y verificar informacion sobre mis cuentas pasadas y futuras para luz y gas cuando la informacion se usa para reporter data estadistica.
- Comprendo que estoy sujeto a ser procesado si la informacion es falsa o incorrecta.

Standard Information Release

Por la presented doy mi permiso a GETCAP para lo siguiete, y afirmo los entedimientos:

- GETCAP puede obtener informacion para completar mi solicitud de asistencia o servicios.
- GETCAP puede compartir la informacion necesaria con otras personas o organizaciones para brindar servicios de administracion de casos y/o recursos seguros en mi nombre. Entiendo que la informacion solo se compartira cuando sea necesario para cumplir con los requisitos de mi plan de servicio establecido.
- GETCAP puede usar mi historia de exito, imagen, grabacion, tanto de audio como de video en esfuerzos de relaciones publicas, y puedo compartirla con otras entidades con o sin informacion de identificacion personal cuando hacerlo sea por el bien de mejorar el desarrollo de la comunidad
- Entiendo que GETCAP puede usar mi imagen y/o historia de exito para divulgar informacion del informe anual a entidades estatales y federales y, al hacerlo, brindara todas las garantias de que la informacion de identificacion personal sera eliminada.
- Entiendo que no tengo derecho a ninguna compensacion por el uso de mi historia o imagen.
- Continuare brindando informacion de ingresos por motivos de administracion de casos durante el tiempo que sea necesario para que GETCAP me libere del Programa de autosuficiencia.

Formulario de Certificacion de Discapacidad

Nombre de la person con discapacidad:

Nombre de la person con discapacidad:

Por la presente certifico que estoy discapacitado segun se define en uno de los siguientes:

- 7(9) of the Rehabilitation Act of 1973
- 1614 (a) (3) (A) or 223 (D) (1) of the Social Security Act
- 102 (7) of the Developmental Disabilities Services and Facilities Construction Act (38 USC Chapter 11 or 15)

Recibo beneficios como resultado de mi discapacidad

No recibo beneficios como resultado de mi discapacidad

No recibo beneficios como resultado de mi discapacidad, per he solicitado beneficios

Bajo pena de perjuro, he proporcionado informacion veraz en esta certificacion. En Texas, bajo Sec. 37.101 del CODIGO PENAL, es delito grave de tercer grado falificar este document.

Firma del solicitante:

Fecha:

For Office Use ONLY

Eligible Yes No If no, has applicant requested an appeal? Yes No

Income denial? Yes No If yes, what is the annualized income?

Is there a priority member in the household Elderly Elderly/Disabled Documented crisis Disabled Child Under 6 Cutoff notice

Recommended Utility Assistance Component: HCC UA LIWAP EA Donated Funds

Other

Case Manager Signature:

Date:

7 COSAS QUE DEBE SABER DESPUES DE SU CITA

1. UNA VEZ QUE SEA APROBADO PARA LA ASISTENCIA, GREATER EAST TEXAS COMMUNITY ACTION PROGRAM (GETCAP) HARA UN **COMPROMISO EN SU CUENTA**; **UN COMPROMISO ES UNA PROMESA DOCUMENTADA DE PAGAR SU FACTURA DENTRO DE LOS 45 DIAS HABILES.** TENEMOS UN CONTRATO CON CADA PROVEEDOR DE SERVICIOS PUBLICOS CON EL QUE HACEMOS NEGOCIOS, ESTE CONTRATO NOS PERMITE HAS **45 DIAS HABILES** PARA OBTENER UN CHEQUE AL PROVEEDOR DE SERVICIOS PUBLICOS.
2. SI TIENE UNA PREGUNTA SOBRE EL COMPROMISO DE GETCAP DESPUES DE SU CITA, LLAME AL SERVICIO AL CLIENTE DE SU COMPANIA DE SERVICIOS PUBLICOS PARA ASEGURARSE DE QUE EL **COMPROMISO** ESTE EN LA CUENTA.
3. **ESCRIBE EL NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN HABLO CON RESPECTO A SU COMPROMISO,** PARA QUE PUEDA DAR ESA INFORMACION A SU ADMINISTRADOR DE CASO SI ES NECESARIO.
4. CUANDO HABLE CON SU COMPANIA DE SERVICIOS PUBLICOS, **CONSULTE SIEMPRE EL PAGO DE GETCAP COMO UN "COMPROMISO".**
5. UNA VEZ QUE HAYA VERIFICADO QUE HAY UN COMPROMISO EN SU CUENTA, SU CUENTA SE ESTA PROTEGIDA DURANTE LOS PROXIMOS 45 DIAS **BASADO EN EL COMPROMISO DE GETCAP SOLAMENTE,** SIN EMBARGO, SI SU COMPANIA DE SERVICIOS PUBLICOS NO PUEDE VERIFICAR EL COMPROMISO DE GETCAP, **DEBE LLAMAR A NUESTRA OFICINA INMEDIATAMENTE** Y PREGUNTAR POR SU ADMINSTRADOR DE CASO.
6. RECUERDE QUE GETCAP TIENE HASTA **45 DIAS HABILES** PARA ENTREGAR EL **CHEQUE** A SU COMPANIA DE SERVICIOS PUBLICOS.
7. CUANDO RECIBA SU PROXIMA FACTURA, ES POSIBLE QUE LA CANTIDAD QUE PROMETIMOS EN SU CENTA AUN SE MUESTRE COMO DEBIDO, **RESTA LA CANTIDAD DE EL COMPROMISO DE GETCAP DEL TOTAL QUE SE MUESTRA COMO DEBIDO EN SU NUEVA FACTURA Y ESE SERA LA CANTIDAD AL QUAL USTED SERA RESPONSIBLE DE PAGAR UNICAMENTE DESPUES DE SU PAGO INICIAL.**

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Community Service Representative: _____ Date: _____

Rellenar el formulario electrónicamente

Descargue la aplicación desde su navegador a Adobe Reader

un. Para descargar Adobe Acrobat Reader, vaya a <https://get.adobe.com/reader/> es un visor de PDF gratuito

Abra la aplicación en Adobe Reader para completarla

Después de completar su solicitud, presione guardar y luego envíe la solicitud por correo electrónico con sus documentos, para programinfo@get-cap.org desde su dirección de correo electrónico.

Consejos para Ahorrar Energía

Puede hacer algo para mantener sus facturas eléctricas de verano al mínimo siguiendo estos sencillos pasos.

1. **Configuración del termostato:** puede reducir el costo de enfriamiento del aire acondicionado hasta en un 14% simplemente aumentando la configuración del termostato 1 grado. Para la conservación de energía, recomendamos un ajuste de 78 grados.
2. **Aislamiento:** el aislamiento está diseñado para mantener el calor afuera durante el verano y para mantener el calor m durante el invierno. Un aislamiento adecuado puede más que pagarse solo en unos pocos años, en dinero ahorrado en la operación de aire acondicionado y calefacción.
3. **Déjelo respirar:** los filtros sucios causan tensión innecesaria y pueden ocasionar averías en el equipo. Los hombres de servicio de aire acondicionado dicen que aproximadamente la mitad de sus llamadas de problemas se remontan a filtros sucios. Sugerimos cambiar o limpiar sus filtros al menos una vez al mes, preferiblemente cada dos semanas para obtener mejores resultados.
4. **Mantenimiento:** haga revisar y limpiar su unidad cada año para asegurar la máxima eficiencia y una larga vida útil. Haga revisar y limpiar las bobinas si están sucias, y verifique si el refrigerante está cargado y las correas por desgaste y ajustes.
5. **Efficiencia:** si su unidad tiene 10 años o más, se debe instalar un nuevo sistema de alta eficiencia y tamaño adecuado.
6. **No olvide sus conductos:** puede ahorrar un 5% o más en sus costos de acondicionamiento auricular si tiene su sistema de conductos verificó fugas de aire y aislamiento adecuado.
7. **Attic ventilation:** Las temperaturas del atico a veces se elevan hasta 140 grados durante los meses de Verano. La buena ventilacion del atico bajara la temperature y reducira

Requesitos de enfriamiento dentro del hogar

8. **Fugas de aire:** puede ahorrar hasta un 10% en costos de aire acondicionado con una casa bien sellada. Selle las fugas alrededor de puertas, ventanas, salidas, placas de interruptores y salidas de plomería. La eliminación del clima también hará que su hogar sea más cómodo.
9. **A la sombra:** si su casa tiene muchas ventanas, particularmente en los lados este y oeste, ahorrará dinero sombreando el vidrio con toldos, pantallas solares o persianas. Los árboles y arbustos que dan sombra a su hogar también ayudan a reducir la carga de trabajo del aire acondicionado. Las persianas o cortinas venecianas también son útiles.
10. **Enciendolo:** al usar extractores de aire de la cocina y el baño para eliminar el exceso de calor y humedad, puede ahorrar cada mes en su factura de enfriamiento general.
11. **Menos es mejor:** puede ahorrar dinero en su factura de calefacción de agua estableciendo el control de temperatura a 140 grados moderados, o lo más bajo que sea necesario, y aún así tiene mucha agua caliente.
12. **Encima de la chimenea:** si cierra la compuerta de la chimenea durante el verano y el invierno (cuando no está en uso), ahorrará en sus facturas de calefacción y refrigeración. La instalación de una pantalla de chimenea de vidrio también ayudará a evitar que el aire suba por la chimenea.

Atención: esta es su copia, no la envíe de vuelta.