

## Formulario de cambio de dirección del Programa de Asistencia para la Energía

**Instrucciones:** rellene este formulario en su totalidad si su grupo familiar se traslada físicamente a una nueva dirección después de presentar una solicitud para el Programa de Asistencia para la Energía.

**Nota:** si su solicitud aún no ha sido aprobada y su grupo familiar ha cambiado como consecuencia de este traslado, presente una nueva solicitud a su proveedor local de servicios (Local Service Provider, LSP) en lugar de utilizar este formulario.

<b>Nombre del jefe cabeza de familia:</b>	
<b>Número de solicitud, si fue aprobada:</b>	
<b>Número de teléfono de contacto:</b>	
<b>Dirección original de la solicitud:</b>	
<b>Ciudad, estado, código postal:</b>	
<b>Condado:</b>	
<b>Dirección nueva de la solicitud:</b>	
<b>Ciudad, estado, código postal:</b>	
<b>Condado:</b>	
<b>Nuevo proveedor de electricidad:</b>	<input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler
<b>Combustible de la fuente de calefacción primaria:</b>	<input type="checkbox"/> Calentador/unidad de zócalo eléctrica <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Combustóleo <input type="checkbox"/> Leña / maíz / pellets de madera / carbón
<b>Proveedor de calefacción nuevo, si no es eléctrica:</b>	<input type="checkbox"/> Incluido en el alquiler
<b>¿Todavía tiene crédito con su(s) anterior(es) proveedor(es) de servicios públicos?</b>	<input type="checkbox"/> Sí ( <i>LSP, complete la solicitud de transferencia de beneficios energéticos</i> ) <input type="checkbox"/> No

### Envíe las facturas de electricidad y calefacción de su nueva dirección junto con este formulario

Rellenar este formulario y enviarlo a su proveedor de local de servicios asegura que podamos tramitar de forma rápida cualquier transferencia de beneficios aplicable o emitir cualquier beneficio elegible adicional a su cuenta actual.

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que la información facilitada es correcta y verdadera. Entiendo que se me puede volver a pedir que verifique estas declaraciones y, por la presente, doy mi consentimiento a la agencia a la que solicito asistencia para que se ponga en contacto con las personas necesarias para

**Los beneficios del Programa de Asistencia para la Energía y para el Agua para Hogares de Bajos Ingresos se brindan sin distinción de raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, origen nacional, ascendencia o condición de veterano.**

Revisado 2022.08.11

verificar estas declaraciones. Entiendo que la falsificación de esta información puede resultar en la descalificación de mi grupo familiar para los beneficios del programa de asistencia administrado por la Autoridad de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Indiana (Indiana Housing and Community Development Authority, IHCD) o requerir que mi grupo familiar reembolse a la agencia por cualquier beneficio pagado a nombre de este grupo familiar a causa de cualquier tergiversación u omisión.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Los beneficios del Programa de Asistencia para la Energía y para el Agua para Hogares de Bajos Ingresos se brindan sin distinción de raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, origen nacional, ascendencia o condición de veterano.**

Revisado 2022.08.11