

L'APPLICATION DU PROGRAMME D'AIDE À L'ÉNERGIE POUR LES FOYERS À FAIBLES REVENUS D'IOWA ET DU PROGRAMME D'AIDE À L'INTEMPÉRISATION

VEUILLEZ UTILISER UN STYLO À ENCRE NOIRE OU BLEUE POUR COMPLÉTER.

1. LES COORDONNÉES DU CHEF DE FAMILLE

DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE : _____

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM : _____ INITIALE DU SECOND PRÉNOM : _____ COMTÉ : _____

LE NOM DE LA RUE : _____ VILLE : _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____

ADRESSE POSTALE (si elle est différente du nom de la rue) _____ VILLE : _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU DOMICILE : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE : _____ ADRESSE EMAIL : _____

2. INFORMATIONS SUR LES MEMBRES DU FOYER (Il y a une légende en bas de page pour vous aider à compléter cette section).

NOM (PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE)	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE FAMILLE	DATE DE NAISSANCE	SEXE (encerclez une seule réponse)	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE OU NUMÉRO DU I-94	HANDICAP (encerclez une seule réponse)	L'ASSURANCE MALADIE	HISPANIQUE, LATINO, OU D'ORIGINE ESPAGNOLE ?	RACE	STATUT MILITAIRE (encerclez une seule réponse)	LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉDUCATION	PROFESSION (STATUT PROFESSIONNEL)
1 UTILISER CETTE LIGNE POUR LA PERSONNE MENTIONNÉE CI-DESSUS	CHEF DE FAMILLE		HOMME FEMME AUTRE		OUI NON INCONNU		OUI NON		VÉTÉRAN ACTIF AUCUN INCERTAIN		
2			HOMME FEMME AUTRE		OUI NON INCONNU		OUI NON		VÉTÉRAN ACTIF AUCUN INCERTAIN		
3			HOMME FEMME AUTRE		OUI NON INCONNU		OUI NON		VÉTÉRAN ACTIF AUCUN INCERTAIN		
4			HOMME FEMME AUTRE		OUI NON INCONNU		OUI NON		VÉTÉRAN ACTIF AUCUN INCERTAIN		
5			HOMME FEMME AUTRE		OUI NON INCONNU		OUI NON		VÉTÉRAN ACTIF AUCUN INCERTAIN		
6			HOMME FEMME AUTRE		OUI NON INCONNU		OUI NON		VÉTÉRAN ACTIF AUCUN INCERTAIN		
7			HOMME FEMME AUTRE		OUI NON INCONNU		OUI NON		VÉTÉRAN ACTIF AUCUN INCERTAIN		
8			HOMME FEMME AUTRE		OUI NON INCONNU		OUI NON		VÉTÉRAN ACTIF AUCUN INCERTAIN		

NOMBRE DE PERSONNES AU SEIN DU FOYER : Un citoyen américain À mobilité réduite et contraint de rester à la maison Une jeunesse déconnectée (âge : de 14 à 24 ans) qui ne travaille pas ou n'est pas scolarisé

LÉGENDE POUR REMPLIR LA SECTION CONCERNANT LES MEMBRES DU FOYER :	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE LA FAMILLE • Chef de famille • Conjoint • Enfant • Enfant placé en famille d'accueil • Petit-enfant • Frère et sœur • Parent • Grand-Parent • Autre lien de parenté • Aucune parenté avec la famille	DATE DE NAISSANCE • Format de la date: 99 / 99 / 99	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE OU LE NUMÉRO DU I-94 • FORMAT DU NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : 999-99-9999 • Format du I-94 : 999999999 99 (11 numéros)	L'ASSURANCE MALADIE • Medicaid • Medicare • Programme d'assurance maladie de l'état pour les enfants • Assurance maladie publique pour adultes • Soins de santé militaire • Achat direct • Basée sur l'emploi • Aucun	RACE • Indien d'Amérique • Originaire d'Alaska • Asiatique • Blanc • Noir ou Afro-Américain • Natifs hawaïens et autres habitants des îles du Pacifique • Autre • Multiracial	LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉDUCATION • De la maternelle jusqu'à la classe de quatrième • De la classe de troisième jusqu'à la terminale/non diplômé • Diplôme d'études secondaires • Diplôme d'études secondaires obtenu en candidat libre (GED) /diplôme équivalent • Classe terminale au lycée + quelques années d'études postsecondaires • Diplômé universitaire (2 ou 4 ans) • Diplômé d'un autre établissement d'études postsecondaires	EMPLOI (STATUT PROFESSIONNEL) • Employé (à plein temps) • Employé (à temps partiel) • Travailleur agricole saisonnier migrant • Chômeurs (courte durée, 6 mois ou moins) • Chômeur (longue durée, plus de 6 mois) • Chômeurs (sans activité professionnelle) • Retraité
--	---	--	---	--	--	---	---

3. TYPE DE FOYER (cochez une case)

<input type="checkbox"/>	CÉLIBATAIRE	<input type="checkbox"/>	FEMME MONOPARENTALE	<input type="checkbox"/>	UNE FAMILLE INCLUANT LES DEUX PARENTS	<input type="checkbox"/>	FOYER MULTIGÉNÉRATIONNEL
<input type="checkbox"/>	DEUX ADULTES SANS ENFANTS	<input type="checkbox"/>	HOMME MONOPARENTAL	<input type="checkbox"/>	ADULTES SANS LIEN DE PARENTÉ AVEC DES ENFANTS	<input type="checkbox"/>	AUTRE : _____

4. SOURCES DE REVENU DU MÉNAGE
(cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Cette demande doit être accompagnée d'une preuve de revenu à chaque fois que vous cochez une source de revenu pour le foyer.
Pour les REVENUS PROFESSIONNELS, fournissez des copies de vos talons de chèque pour les 30 jours précédant cette demande, ou fournissez une copie de votre déclaration fédérale d'impôt sur le revenu.
Pour les revenus provenant d'un TRAVAIL INDÉPENDANT ou d'une EXPLOITATION AGRICOLE, veuillez fournir une copie de votre déclaration d'impôt fédéral sur le revenu.

<input type="checkbox"/>	REVENU PROFESSIONNEL (SALAIRES)	<input type="checkbox"/>	SSI (LE PAIEMENT SUPPLÉMENTAIRE DE SÉCURITÉ)	<input type="checkbox"/>	L'ASSURANCE D'INVALIDITÉ PRIVÉE	<input type="checkbox"/>	LE SOUTIEN ALIMENTAIRE OU TOUTE AUTRE FORME DE SOUTIEN IMPOSÉ AU CONJOINT	<input type="checkbox"/>	PENSION ALIMENTAIRE
<input type="checkbox"/>	LE REVENU D'UNE ACTIVITÉ INDÉPENDANTE OU D'UNE EXPLOITATION AGRICOLE	<input type="checkbox"/>	SSDI (REVENU D'INVALIDITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)	<input type="checkbox"/>	L'INDEMNISATION DES TRAVAILLEURS	<input type="checkbox"/>	AIDE GÉNÉRALE/ASSISTANCE	<input type="checkbox"/>	SANS REVENUS
<input type="checkbox"/>	REVENU DE RETRAITE PROVENANT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	<input type="checkbox"/>	INDEMNISATION D'INVALIDITÉ LIÉE AU SERVICE DES ANCIENS COMBATTANTS VÉTÉRANS	<input type="checkbox"/>	ASSURANCE CHÔMAGE / PRESTATIONS	<input type="checkbox"/>	AUTRE : _____		
<input type="checkbox"/>	PENSION	<input type="checkbox"/>	PENSION D'INVALIDITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS VÉTÉRANS NON LIÉE AU SERVICE	<input type="checkbox"/>	Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF) / Le programme pour l'autonomie des familles (FIP)				

Est-ce que votre foyer a des économies supérieures à 50,000 \$ (y compris : tous les comptes d'épargne et les comptes chèques, les certificats de dépôt et tous autres investissements) ? OUI NON

Est-ce qu'un membre de votre foyer a fait une déclaration d'impôts et a reçu le EITC (Le crédit d'impôt sur le revenu perçu) de l'année dernière ou de cette année ? OUI NON

5. PRESTATIONS NON MONÉTAIRES DU FOYER
(cochez toutes les cases qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/>	SNAP (PROGRAMME D'AIDE ALIMENTAIRE)	<input type="checkbox"/>	HCV (BON POUR CHOISIR UN LOGEMENT)	<input type="checkbox"/>	HUD-VASH (LOGEMENT SUPERVISÉ PAR LE MINISTÈRE DES ANCIENS COMBATTANTS)
<input type="checkbox"/>	WIC (FEMMES, NOURRISSONS ET ENFANTS)	<input type="checkbox"/>	LOGEMENT PUBLIC	<input type="checkbox"/>	BON DE GARDE D'ENFANTS
<input type="checkbox"/>	LIHEAP	<input type="checkbox"/>	LOGEMENT SUPERVISÉ PERMANENT	<input type="checkbox"/>	SUBVENTION RELATIVE À LA LOI SUR LES SOINS ABORDABLES
				<input type="checkbox"/>	AUTRE : _____
				<input type="checkbox"/>	AUTRE : _____

6. STATUT RELATIF AU LOGEMENT (cochez une case)

PROPRIÉTAIRE LOCATAIRE AUTRE LOGEMENT PERMANENT SANS DOMICILE FIXE (si vous êtes sans domicile fixe quel est votre situation en ce qui concerne votre logement ?) _____

Si vous êtes LOCATAIRE, est-ce que les frais de chauffage sont inclus dans votre loyer ? OUI NON

Si vous êtes LOCATAIRE, bénéficiez-vous d'une aide pour payer le loyer ? OUI NON

Si vous êtes LOCATAIRE, est-ce que les frais de chauffage sont inclus dans votre loyer ? OUI NON

Si vous êtes LOCATAIRE, est-ce que votre loyer est basé sur un pourcentage de votre revenu ? OUI NON

Quel est le montant mensuel de votre crédit immobilier ou de votre loyer ? \$ US _____

7. PROPRIÉTAIRE/INFORMATIONS COMPLEXES

NOM : _____ ADRESSE : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

8. TYPE DE LOGEMENT (cochez une case)

<input type="checkbox"/>	MAISON	<input type="checkbox"/>	MAISON MOBILE	<input type="checkbox"/>	LOCATION DE CHAMBRE	<input type="checkbox"/>	IMMEUBLE AVEC 2 à 4 APPARTEMENTS	<input type="checkbox"/>	IMMEUBLES AVEC 5 APPARTEMENTS OU PLUS	<input type="checkbox"/>	AUTRE : _____
<input type="checkbox"/>	GAZ NATUREL	<input type="checkbox"/>	ELECTRIQUE	<input type="checkbox"/>	PROPANE (LP)	<input type="checkbox"/>	CARBURANT	<input type="checkbox"/>	BOIS/CHARBON/MAÏS	<input type="checkbox"/>	AUTRE : _____

9. LA PRINCIPALE SOURCE D'ÉNERGIE POUR CHAUFFER LA MAISON (cocher une case)

S'il s'agit de propane ou de mazout, avez-vous un réservoir vide ou un réservoir avec très peu de carburant (30 % ou moins, ou êtes vous dans le rouge) ? OUI NON

10. LES FOURNISSEURS DE CHAUFFAGE ET D'ÉLECTRICITÉ DES FOYERS

		CHAUFFAGE		ELECTRIQUE		EAU		
Avez-vous un avis de déconnexion ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Êtes-vous actuellement déconnecté ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Avez-vous conclu un accord de paiement ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

Vous devez joindre à cette demande la copie d'une FACTURE DE CHAUFFAGE et d'une FACTURE D'ÉLECTRICITÉ récentes.

DÉCLARATION DE CERTIFICATION

Je certifie, sous peine de parjure, que les informations ci-dessus sont véridiques et que j'ai fourni tous les documents nécessaires au mieux de mes capacités. J'autorise l'agence qui traite cette demande à obtenir des informations supplémentaires et à partager les informations avec d'autres organisations dans le but de fournir des services pour aider mon ménage. Ce partage d'informations doit se faire dans le plus grand respect de la confidentialité des informations contenues dans la présente demande.

Par la présente, je fais une demande pour le Low-Income Home Energy Assistance Program (le programme d'aide à l'énergie domestique pour les personnes à faibles revenus (LIHEAP)), le Low-Income Household Water Assistance Program (le programme d'aide à l'approvisionnement en eau des ménages à faibles revenus (LIHWAP)), et/ou le Weatherization Assistance Program (programme d'aide à l'amélioration des conditions météorologiques). Je certifie en outre ce qui suit : Je déclare que je suis la seule personne du foyer qui ait fait ou fera une demande dans le cadre de ce(s) programme(s). Je comprends que ces informations seront utilisées, sur demande, pour déterminer l'éligibilité à d'autres programmes ou services de l'agence, auxquels j'ai postulé. Toute fausse déclaration intentionnelle des informations contenues dans le présent formulaire est passible d'une sanction légale. Je comprends qu'en signant (par écrit ou électroniquement) la présente demande, j'autorise l'intempérisme de mon domicile sans frais pour moi ou ma famille et le cas échéant, j'autorise l'agence à contacter mon propriétaire pour obtenir l'autorisation d'intempérisme la maison. Cette demande ne garantit pas que des travaux d'intempérisme seront effectués chez moi.

Par la présente, j'autorise l'État de l'Iowa, le ministère américain de l'énergie, le ministère américain de la santé et des services sociaux et l'agence qui traite cette demande à obtenir de mon fournisseur d'énergie/d'eau des informations supplémentaires sur ma consommation domestique et mes antécédents de paiement. J'autorise également l'État de l'Iowa à communiquer les informations relatives à ma demande auprès de mon fournisseur d'énergie/d'eau et à fournir des détails sur mon compte et sur ma consommation au LIHEAP, au LIHWAP et au Weatherization Assistance Program (programme d'aide à l'amélioration de l'habitat).

Je comprends cette déclaration.

SIGNATURE

DATE