

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA PARA
PAGO DEL AGUA
(EWAP)**

¿Califica para el EWAP?

- Actualmente tiene el servicio desconectado o le será desconectado en menos de 30 días de los servicios de agua potable o aguas residuales.
- Su ingreso familiar es menor a 150% del nivel de pobreza federal (FPL).

Tamaño del grupo familiar	150% FPL mensual
1	\$ 1.610,00
2	\$ 2.178,00
3	\$ 2.745,00
4	\$ 3.313,00
5	\$ 3.880,00
6	\$ 4.448,00
7	\$ 5.015,00

Tamaño del grupo familiar	150% FPL mensual
8	\$ 5.583,00
9	\$ 6.150,00
10	\$ 6.718,00
11	\$ 7.285,00
12	\$ 7.853,00
13	\$ 8.420,00
14	\$ 8.988,00

- Al menos uno de los miembros de su grupo familiar es ciudadano estadounidense.
- Su factura de servicio de agua actual está a nombre de un adulto del grupo familiar.

Si su grupo familiar cumple con todos los criterios anteriores, califica para asistencia.

Puede presentar una solicitud

- Envíe un correo electrónico a DCF.WaterApplications@ks.gov
- Por correo postal a la oficina del DCF de su localidad
- Por fax

Para encontrar su oficina DCF local, ingrese a:

<http://www.dcf.ks.gov/services/Pages/DCFOfficeLocatorMap.aspx>

INFORMACIÓN DEL REGISTRO ELECTORAL DE KANSAS

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar su inscripción para votar aquí hoy?

Sí No

(Si no marca ninguna de las dos casillas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento).

La solicitud de inscripción o la negativa a inscribirse para votar no afectará el monto de la asistencia que le dará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de votantes, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. También puede optar por presentar su solicitud en línea. Tenga en cuenta que para registrarse para votar por Internet, usted debe tener una licencia de conducir válida o una tarjeta de identificación que no sea de conductor, ambas del estado de Kansas. Si no tiene alguno de estos documentos, puede registrarse para votar mediante el formulario en papel incluido en este correo o puede descargarlo de:

<https://www.kssos.org/forms/elections/voterregistration.pdf>. Si desea registrarse en línea, visite:

<https://www.kdor.ks.gov/apps/voterreg/default.aspx>.

Debe volver a registrarse para votar cada vez que cambie de nombre, de domicilio o de afiliación partidaria.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si se registra o al presentar su solicitud de registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la División Electoral de la Secretaría de Estado de Kansas llamando al tel. 1-800-262-VOTE (8683) o enviando un correo electrónico a election@ks.gov.

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL PAGO DEL AGUA

Si tiene alguna pregunta, llame a la línea gratuita: 888-369-4777 o envíe un correo electrónico a DCF.WaterApplications@ks.gov.

1. INFORMACIÓN DEL HOGAR.						
En la primera línea, ingrese los datos de la persona que figura como titular en la factura de servicios públicos si esa persona vive en su hogar. De lo contrario, ingrese sus datos en la primera línea y, a continuación, ingrese los datos de todas las personas que viven actualmente en su misma dirección. Si es necesario, adjunte más hojas. (Códigos de raza: A = asiática, B = negra, H = hispana, N = nativo de Estados Unidos, W = blanca, O = otro)						
Nombre (apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo M o F	Raza - Enumere todas las que correspondan (opcional)	Ciudadano o residente legal	Persona con discapacidad
1)					<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No
2)					<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No
3)					<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No
4)					<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No
5)					<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No
6)					<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Sí/No
¿Alguno de los miembros del hogar recibe ayuda alimentaria, Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF), o LIEAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Indique el idioma de su preferencia, si no es el inglés: Escrito: _____ Oral: _____ ¿Lenguaje de señas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
DOMICILIO DE RESIDENCIA ACTUAL:						
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Condado		
DOMICILIO POSTAL, SI ES DIFERENTE A SU DOMICILIO RESIDENCIAL:						
Nombre	Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
Marque la casilla correspondiente. Es su:		<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Custodio	<input type="checkbox"/> Beneficiario del SI	<input type="checkbox"/> Otro:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO:						
Teléfono durante el día: _____			Teléfono para mensajes: _____			
Teléfono del trabajo: _____			Correo electrónico: _____			

2. SITUACIÓN DE EMERGENCIA.

Si actualmente se encuentra en una situación de emergencia con su servicio de agua potable o aguas residuales, seleccione la casilla que corresponda. Adjunte prueba de desconexión.

<input type="checkbox"/>	Su hogar está actualmente desconectado del servicio de agua potable o aguas residuales. Fecha de desconexión: _____
<input type="checkbox"/>	Su servicio de agua potable o aguas residuales será desconectado en 48 horas. Fecha de desconexión: _____ (Proporcione una copia del aviso de desconexión y etiqueta colgante, si corresponde).
<input type="checkbox"/>	Su servicio de agua potable o aguas residuales será desconectado en 30 días. Fecha de desconexión: _____ (Proporcione una copia del aviso de desconexión)

3. Ingreso bruto del hogar.

Complete la siguiente información para usted u otro miembro del grupo familiar que esté trabajando o reciba ingresos de otras fuentes. DCF debe verificar su ingreso si NO recibe activamente Asistencia alimentaria, beneficios de TANF o LIEAP. Adjunte talones de pago de los últimos 30 días para cada trabajo. Si es trabajador autónomo, adjunte una copia de su declaración impositiva del año pasado o verificación de ingresos comerciales y gastos de los últimos 3 meses.

Nombre de la persona empleada	Nombre, teléfono y domicilio del empleador (en caso de ser trabajador(a) autónomo(a), indique el tipo de negocio)	Salario por hora o sueldo	Horas semanales trabajadas	¿Con qué frecuencia se le paga?	Día de la semana en que se le paga

Tipo de ingreso	Nombre de la persona que recibe el	Monto mensual
<input type="checkbox"/> Beneficios de la Administración del Seguro Social (proporcione la carta de asignación)		\$
<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) (proporcione la carta de asignación)		\$
<input type="checkbox"/> Manutención/Pensión Alimenticia (proporcione una copia de la orden del tribunal)		\$
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)		\$
<input type="checkbox"/> Beneficios por Desempleo		\$
<input type="checkbox"/> Trabajador autónomo/ingreso de finca (proporcione una copia de su declaración impositiva completa)		\$
<input type="checkbox"/> Administración de Veteranos/beneficios VA (proporcione una copia del número de reclamación)		\$
<input type="checkbox"/> Retiro ferroviario u otras pensiones (es decir, KPERS o particular) (proporcione la carta de asignación)		\$
<input type="checkbox"/> Ingreso por intereses superior a \$50 mensuales (proporcione constancia)		\$
<input type="checkbox"/> Otro (indique y proporcione constancia)		\$

¿Alguna persona está de paro? Sí No En caso afirmativo, indique el nombre de la persona: _____

4. Situación de vivienda. Seleccione la casilla que aplique a su situación de vivienda.

<input type="checkbox"/>	Soy dueño de mi propia casa.
<input type="checkbox"/>	Alquilo mi casa y los servicios de agua potable/aguas residuales están a mi nombre o en nombre de otro adulto que vive en la casa.
<input type="checkbox"/>	Alquilo mi casa y los servicios de agua potable/aguas residuales están a nombre del propietario y están incluidos en el monto de mi alquiler. Nombre del propietario _____ Número de teléfono del propietario _____ Dirección del propietario _____ Correo electrónico del propietario _____ A cargo del propietario de proveedor de agua _____
<input type="checkbox"/>	Otro, especifique: _____

5. Factura de agua potable/aguas residuales. Seleccione la casilla o casillas que describan cómo paga su factura de agua potable/aguas residuales.

<input type="checkbox"/>	La factura de agua potable/aguas residuales está a su nombre o a nombre de otro adulto que vive en la residencia. Nombre en la factura: _____
<input type="checkbox"/>	La factura de agua potable o aguas residuales está a nombre de otra persona que no es un adulto que vive en su residencia o del propietario. Nombre y relación: _____

6. Información del proveedor.

El proveedor de agua es quien le proporciona el agua que usa para beber, cocinar y para la higiene personal. Incluya a continuación la información del proveedor de agua si la factura de aguas residuales pertenece a otro proveedor.

Nombre del proveedor de agua potable: _____

Número de cuenta: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del proveedor de aguas residuales: _____

Número de cuenta: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Otro nombre del proveedor de agua: _____

Número de cuenta: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

El Departamento de Niños y Familias de Kansas brinda igualdad de oportunidades en sus servicios, actividades y programas que reciben asistencia financiera federal, independientemente de la raza, el color, la nacionalidad, el sexo o el estado de discapacidad.

LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE FIRMAR

SU SOLICITUD NO PUEDE PROCESARSE SIN SU FIRMA.

- Declaro que, a mi leal saber y entender, la información que proporcioné está completa, es veraz y correcta.
- Entiendo que la información que proporcioné en esta solicitud estará sujeta a verificación por parte del DCF.
- Por el presente, autorizo al DCF a divulgar información relacionada a mi solicitud para EWAP a mi proveedor de agua potable o aguas residuales para determinar la elegibilidad.
- Autorizo al DCF a usar información suministrada en esta solicitud para los fines de investigación, evaluación y análisis del programa.
- Comprendo que se me puede sancionar con una multa o prisión, o ambas, en conformidad con la ley estatal o federal, si proporciono declaraciones falsas en esta solicitud con el fin de obtener beneficios que no me corresponden.
- Comprendo que debo suministrar constancia de ingresos y otra información necesaria para establecer la elegibilidad.
- Comprendo que si recibo asistencia como resultado de retener información o proporcionar información falsa, deberé reponer el costo de la asistencia y puedo enfrentar cargos penales.
- Comprendo que solo una persona en cada hogar puede recibir los beneficios de EWAP por parte de una sola agencia del gobierno. Es posible que no reciba EWAP del DCF y una Tribu.
- Comprendo que si mi servicio público es un proveedor que ha efectuado un convenio para recibir pagos de EWAP, mi beneficio se enviará directamente a ese proveedor.
- Entiendo que el pago de EWAP es un beneficio único y es mi responsabilidad continuar haciendo los pagos regulares a mi proveedor de agua.
- Comprendo que puedo apelar el procesamiento de la solicitud si supera los 45 días calendario posteriores al envío de la información completa. Comprendo que puedo apelar cualquier decisión y que mi solicitud debe ser efectuada a los 30 días de mi notificación del beneficio o rechazo.
- Autorizo al DCF u otro representante designado a divulgar información sobre la solicitud o el beneficio a mis proveedores de agua potable o aguas residuales y a agencias de asistencia comunitaria.
- Autorizo a mi proveedor de agua potable o aguas residuales a divulgar información sobre mi cuenta, incluidos, entre otros, antecedentes de facturación y pagos, y consumo de agua/aguas residuales al DCF, su representante designado y agencias de Asistencia de Emergencia.
- Autorizo toda investigación destinada a establecer la elegibilidad de mi hogar, incluida la divulgación de registros bancarios, pago de nómina u otros registros de empresas y otras organizaciones.
- Comprendo que el EWAP es un programa de financiación federal. Los beneficios se basan en la cantidad de fondos federales recibidos y pueden finalizar en cualquier momento en que no haya más fondos disponibles.

Firma		
X		
Firma del adulto que vive en la residencia <i>(Persona cuyo nombre se encuentra en la factura de agua principal, si esa persona vive en la</i>	Fecha	Teléfono durante el día
X		
Firma de otro adulto que vive en la residencia o custodio/tutor*	Fecha	Teléfono durante el día
X		
Firma de otro adulto que vive en la residencia o custodio/tutor*	Fecha	Teléfono durante el día

****El custodio/tutor debe proporcionar copias de la documentación legal***

