

## Autocertificación con el Programa para Evitar el Corte de Servicios Públicos en el Invierno

Como otra manera de informar a la compañía de servicios públicos acerca de su elegibilidad para la protección bajo el Programa para Evitar el Corte de Servicios Públicos en el Invierno, los clientes pueden completar este Formulario de Autocertificación y enviarlo a la compañía de servicios públicos. Se recomienda que el cliente conserve una copia de este formulario en su expediente. **Tenga en cuenta que NO es obligatorio completar y enviar el Formulario de Autocertificación a la compañía de servicios públicos para obtener la protección bajo el Programa para Evitar el Corte de Servicios Públicos en el Invierno. La protección del Programa se puede obtener informando verbalmente a la compañía de servicios públicos acerca de su elegibilidad o enviando este Formulario de Autocertificación a la compañía de servicios públicos. Por favor, comuníquese con la compañía de servicios públicos al número de servicio al cliente para saber cómo desea recibir este formulario.**

Nombre del jefe de familia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Hago constar que actualmente recibo asistencia de uno o más de los siguientes programas y que estoy solicitando la protección del Programa para Evitar el Corte de Servicios Públicos en el Invierno del Departamento de Asuntos Comunitarios de Nueva Jersey:

- Programa Federal de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP)
- Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) federal
- Asistencia Farmacéutica a Personas Mayores y con Discapacidades (PAAD)
- Subsidios de Asistencia General (GA)
- Fondo de Servicio Universal (USF)
- Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos
- Programa de Crédito Lifeline

O

Hago constar que no puedo pagar mi factura de servicios públicos a la autoridad local y/o municipal por circunstancias fuera de mi control y que, por lo tanto, solicito la protección del Programa para Evitar el Corte de Servicios Públicos en el Invierno del Departamento de Asuntos Comunitarios de Nueva Jersey.

Seleccione las circunstancias por las que solicita protección bajo el Programa:

- Despedido/Desempleado
- Enfermedad
- Gastos médicos
- Muerte reciente de un familiar inmediato
- Otros: \_\_\_\_\_

Hago constar que mis afirmaciones anteriores son verdaderas. Entiendo que si alguna de mis afirmaciones anteriores es deliberadamente falsa, estaré sujeto a castigo de acuerdo con la ley.

(Firma) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_