



El **Programa de Asistencia de Climatización (WAP)** es proveído con fondos del Departamento de Energía de los Estados Unidos, El Estado de Nuevo México y el Programa Federal de Asistencia para Energía en Viviendas de Bajos Ingresos (LIHEAP). El programa es manejado por New México Mortgage Finance Authority.

El programa **no provee** reparaciones de plomería, electricidad, techos, ventanas alforzadas, y coberturas para casas móviles. Este programa provee reparaciones menores para ayudar a conservar energía. Por ejemplo:

- Reparación de ventanas y reemplazo de vidrios
- Reparación o reemplazo de puertas exteriores
- Insolación
- Revisión de aparatos de gas por razones de seguridad

#### **FAVOR DE INCLUIR LA SIGUIENTE INFORMACION CON SU SOLICITUD**

1. **Prueba de ingresos.** Presente copias de ingresos de los últimos 30 días de cada persona que recibe ingresos en su vivienda. Verifique ingresos del Seguro Social con el "Aviso de Verificación de Beneficios" de 2012.
2. **Facturas más recientes de Gas y Electricidad (Por favor incluir la sección con las lecturas del medidor).**
3. **Todas las personas con 18 años y más deben firmar la solicitud.**
4. **Prueba que es Propietario.** (Copia de contrato de venta, "Warranty Deed", Escrituras de la casa o Título/Registro si es Vivienda Móvil.
5. **Copias de tarjetas de Seguro Social y fecha de nacimiento deben proporcionarse a todos los miembros del hogar.**
6. **Copia de identificación con foto** de todas las personas que tienen 18 años y más en la vivienda.
7. **Firma en la aplicación de todas las personas que tiene 18 años y más.**

Mande su solicitud y la documentación requerida a:  
Southwestern Regional Housing and Community Development Corp.

#### **Attn: Weatherization Program**

2480 Lakeside Dr. Suite C  
Las Cruces, NM 88007

También puede entregarla personalmente a nuestra oficina ubicada en 2480 Lakeside Dr. Suite C, Las Cruces, NM 88007 Si tiene preguntas llame a la oficina al 575-523-1639. Fax 575-523-8646



**New Mexico Mortgage Finance Authority**

**New Mexico Mortgage Finance Authority  
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA HERMETIZAR VIVIENDAS  
SOLICITUD PARA OBTENER SERVICIO**

(Revisado 4/99)

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección (calle y número) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Rento \_\_\_\_\_ Dueño \_\_\_\_\_ Nombre del Propietario \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del Propietario \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de dos amistades o parientes que podemos llamar si no podemos ponernos en contacto con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Tipo de Calefacción: Gas Natural  Gas LP  Eléctrico  Lena  Petróleo  Otro

Promedio del Costo Mensual de Calefacción \_\_\_\_\_ Número de Cuenta de Servicio de Utilidad \_\_\_\_\_

Está Incapacitado un Habitante de su Casa? Si  No  Tipo de Incapacidad \_\_\_\_\_

Ha Sido Hermetizada Esta Vivienda por el Programa de DOE? Si  No  Si lo ha Sido, de la Fecha \_\_\_\_\_

Es usted o algún habitante de su casa pariente (padre, madre, hermano(a), o hijo(a) de un empleado de

Southwestern Regional Housing & CDC \_\_\_\_\_ O de la Mesa Directiva: Si  No  Casa del año \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Organización)

Número de Personas Mayores de 60 Años en su Vivienda \_\_\_\_\_ Número de Personas en Su Vivienda \_\_\_\_\_

Vivienda de una Familia  Vivienda Móvil  Multi-Familiar  Otra

Raza: Nativo Americano  Negro  Blanco  Hispano  Asiático  Otro

NOMBRE DE CADA MIEMBRO DE LA VIVIENDA	La Fecha de Nacimiento	La EDAD	SEXO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACION CON EL JEFE DE LA VIVIENDA	INGRESO MENSUAL BRUTO	NOMBRE DIRECCION TELEFONO DE EMPLEO O DE OTRO TIPO DE INGRESO
<b>EL TOTAL DEL INGRESO MENSUAL BRUTO</b>							

\*Sueldo, Seguro Social, Asistencia, Retiro, Beneficios de Veteranos, Ingreso de Arrendamiento, Bonos o Acciones, Alimonio, Pago por Niños, etc.  
Revisado 4/99

# AUTORIZACION DEL SOLICITANTE PARA OBTENER VERIFICACION DE INGRESOS Y CONSUMO DE ENERGETICOS

Autorizo al personal del Programa de Asistencia para Hermetizar (PAH) que verifique y examine los archivos de consumo de energía de mi vivienda, disponibles en la compañía de servicio de utilidades, para determinar el impacto de servicios rendidos en mi vivienda para reducir el uso de energéticos.

Como un solicitante al PAH, autorizo al personal suministrador del programa PAH que verifique el ingreso de los miembros de mi vivienda antes de la fecha programada para comenzar servicios en mi vivienda. (Todo miembro de la vivienda mayor de 18 años debe firmar esta autorización.)

Entiendo que los servicios no se proveerán si problemas en la vivienda relacionados con la seguridad y la salud de los habitantes son mayores al límite de servicio proporcionado por el programa. Es la responsabilidad del solicitante de corregir estos problemas o de obtener otro tipo de asistencia para corregir los problemas.

Autorizo al personal del PAH, o su designado, de entrar a mi propiedad para hacer reparaciones apropiadas para hermetizar mi vivienda. Además descargo y garantizo de mantener sin daño al personal del PAH y asistentes voluntarios por daños causados por estas reparaciones.

Certifico que la vivienda por la cual pido asistencia para hermetizar no esta designada para adquisición o liquidación por algún programa federal, estatal, o local durante doce (12) meses a partir de la fecha programada para completar las reparaciones.

**¡AVISO!** La Sección 1001 del Título 18 del Código Federal de EEUU declara como una ofensa criminal el hacer declaraciones o representaciones falsas a cualquier Departamento o Agencia Federal en asuntos dentro de su jurisdicción.

## TODA INFORMACION EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y COMPLETA

_____	_____
Firma del Solicitante	Fecha
_____	_____
Miembro de la Familia	Miembro de la Familia
_____	_____
Firma del Interrogante	Fecha

Instrucciones para encontrar su casa: \_\_\_\_\_

*Southwestern Regional Housing CDC prohibir la discriminación contra cualquier trabajador o aplicante sobre empleo o asistencia de casa contra raza, color, religión, sexo o origen nacional en acuerdo con: Equal Employment Opportunity Executive Order 11246.*

## **UNICAMENTE PARA USO INTERNO**

Metodo usado para verificar ingresos \_\_\_\_\_

El Solicitante: Califica  No Califica  Razón por Descalificación: \_\_\_\_\_

Documentos para Verificar Ingresos \_\_\_\_\_

Certifico que he verificado y he encontrado cierto el ingreso del solicitante.

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha



## Addenda para Solicitud

**Al someter esta solicitud no es garantía de que usted recibirá asistencia.** Este es únicamente el primer escalón para la guía del programa. Una vez que la solicitud este completa y revisada, se le mandara una carta de aprobación al cliente. **El periodo de espera es de 6 meses a dos años antes que el Asesor vaya hacer evaluación de la vivienda.** La razón por esto, es que servimos 12 condados y cada año tenemos que tener cierto número de unidades por condado.

Este programa provee reparaciones menores para ayudar a conservar energía en el hogar. Por ejemplo. El programa **no provee** reparaciones de plomería, electricidad, techos, ventanas reforzadas, y coberturas para casas móviles

Cuando **existen** fondos suficientes y es necesario, se pueden hacer reparaciones de unidades de calefacción y de calentadores de agua.

---

Firma del Solicitante

---

Fecha

