



Solicitud de Project DESERVE

Este programa da ayuda a los clientes actuales de Westar Energy. Las solicitudes se pueden entregar por el servicio de correos a Center of Hope Inc., P.O. Box 3237, Wichita, KS 67201; por fax (316) 267-7778; o por correo electronico ProjectDeserve@centerofhopeinc.org. Inscripcion por internet esta disponible en centerofhopeinc.org. Favor de leer la pagina 3 para más información importante y requisitos. La ayuda se basa en los fondos disponibles y determinada para las primeras solicitudes recibidas y que demuestren que necesitan la ayuda financiera.

Un miembro de su casa tiene que satisfacer una de las siguientes categorías para ser elegible para este programa: (marque todos los que le apliquen)

Tiene 65 años o mas o recibe ingresos permanentes por discapacidad de SSI o SSD

O

Satisface las estipulaciones de los ingresos de abajo

*Si es aprobado, usted será atendido con la cantidad adeudada en su cuenta en el momento de la revisión, **hasta \$ 300.***

*Si es aprobado, usted será atendido con la cantidad adeudada en su cuenta en el momento de la revisión, **hasta \$ 100.***

Información de casa			
Haga una lista de todos los miembros de su casa. Su cuenta de Westar tiene que estar a nombre de un adulto que vive en su casa. Empiece con la persona a cual el nombre esta la cuenta. <i>Por favor escriba claro</i>			
Nombre (apellido, primer nombre, medio) (todos en casa)	Numero de seguro social (solo adultos)	Sexo M o F	Edad
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Casa	Ingresos brutos (no incluyendo estampias de comida)		
	Tamaño	Anual	Mes
1		\$17,667	\$1,473
2		\$23,803	\$1,984
3		\$29,939	\$2,495
4		\$36,075	\$3,007
5		\$42,211	\$3,518
6		\$48,347	\$4,029
7		\$54,483	\$4,541
8		\$60,619	\$5,052

Telefono de Apicante: _____ Correo Electronico de Apicante: _____

Dirreccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____ Condado _____

Porfavor indique porque necesita ayuda con su factura:

- No hay suficiente ingresos mensuales
 Perdida de ingresc
 Una factura de utilidades mas cara de lo normal
 Una cuenta medica mas cara de lo normal
 Otra cosa (por favor explique) _____

Verificación Necesaria

Verificación escrita de su situación es necesaria para que su solicitud de ayuda sea considerada. Con esta solicitud firmada, también tiene que incluir **COPIAS** de lo siguiente:

- Copias de las verificaciones actuales por cada tipo de ingresos de todos los miembros de su casa por los 30 días pasados
- Una copia de su cuenta actual de Westar Energy
- Otra factura de servicios públicos o la factura del teléfono a su nombre en esta dirección.

NO INCLUYA copias originales porque no se las devuelven. Todos los documentos se destruyen después de revisarlos.

Información para notificarle

Se le notificará, por escrito, de nuestra decisión. Por favor permita hasta 4 semanas para recibir una notificación por correo. Por favor devuelva la aplicación y verificación completado usando uno de los siguientes:

Fax: (316) 267-7778

Correo

Electronico: ProjectDeserve@centerofhopeinc.org

Correo: Center of Hope Inc.
Project DESERVE
P.O. Box 3237
Wichita, KS 67201

Internet: centerofhopeinc.org

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CON CUIDADO ANTES DE FIRMARLO

La firma de abajo significa que entiendo y consiento de todo lo siguiente:

- ✓ Entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar la prueba actual de todos los ingresos de los hogares, una copia actualizada de mi factura de servicios públicos y otra factura mensual en mi nombre para determinar mi elegibilidad.
- ✓ Entiendo que tengo que seguir haciendo los pagos regulares a mi proveedor de energía y que cualquier beneficio de Project Deserve que se reciban no tomar el lugar de mi responsabilidad de pagar el vendedor Entiendo que se determina mi elegibilidad por las reglas de Project Deserve.
- ✓ **Entiendo que esta ayuda es disponible solamente una vez al año a las solicitudes que se reciban primero y que demuestran que necesitan ayuda financiera.**
- ✓ Autorizo mi compañía de utilidades a dar la historia de pagos y otra información al Center of Hope. También autorizo al Center of Hope a dar información sobre mi solicitud a mi compañía de utilidades.
- ✓ **Entiendo que las solicitudes que no están completas con toda la información o verificación no se procesan y se destruyen.**
- ✓ **Certifico que toda información que he proporcionada es completa y exacta.**

()

Firma del miembro adulto de la casa

Fecha

Número del teléfono del día



HOMELESSNESS PREVENTION PROGRAM

Project DESERVE
P.O. Box 3237
Wichita, KS 67201