

ANEXO DE LA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)

NÚMERO DE SOLICITUD: _____

Complete y firme a continuación.				
Nombre Apellido	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Firma del miembro adulto del hogar que verifica que el número indicado es su número de Seguro Social y que autoriza el uso de su número de Seguro Social para los fines indicados en la solicitud y en el Aviso de cotejo salarial en este formulario, que también están disponibles a través de (AGENCIA).
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

IMPORTANTE: Este documento es la traducción de un documento emitido por el DHCD. El DHCD proporciona esta traducción solo para su conveniencia y a fin de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. El documento traducido no es un documento oficial. La versión en inglés emitida por el DHCD de este documento es el documento oficial, legal y de control y está disponible a pedido de la agencia de asistencia de combustible.

AVISO DE COTEJO SALARIAL

De conformidad con la ley estatal (M.G.L. c.62E), es posible que se requiera el cotejo de los ingresos informados por los beneficios del Programa de Asistencia de Energía para Hogares, Asistencia para acondicionamiento climático y/o Asistencia para el Sistema de Calefacción con los salarios informados por los empleadores al Departamento de Ingresos de Massachusetts (DOR). En este caso, esta **(AGENCIA)** participará junto con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Massachusetts (DHCD) en el Sistema de declaración de salarios de Massachusetts (un cotejo salarial, "wage match"). Requerimos que todos los miembros adultos del hogar (mayores de 18 años) del Solicitante proporcionen sus números de Seguro Social para este fin. Los miembros adultos del hogar no tienen que proporcionar los números de Seguro Social para ser elegibles en virtud de esta solicitud para el Programa de Asistencia de Energía para Hogares, Asistencia para acondicionamiento climático y/o Asistencia para el Sistema de Calefacción.

Si se requiere un cotejo de salarios, esta **(AGENCIA)** enviará los números de Seguro Social, junto con los nombres y la dirección del Solicitante y de todos los miembros adultos del hogar al DHCD. El DHCD enviará esta información al DOR. La información de ingresos que nos haya proporcionado para los programas de Asistencia de Energía para Hogares, Acondicionamiento climático y/o Sistema de calefacción se comparará con la información de salarios (ingresos) informada por los empleadores al DOR. El DOR proporcionará al DHCD información de sus registros sobre sus ingresos y los ingresos de otros miembros de su hogar, y el DHCD le informará esto a **(AGENCIA)**, en relación con esta información de ingresos.

Si la información de ingresos que nos declaró no coincide con la información declarada por los empleadores al DOR, nos comunicaremos con el Solicitante. Nos reuniremos y trabajaremos con el Solicitante y cualquier miembro del hogar cuya información de ingresos esté en duda, para tratar de resolver cualquier "discrepancia". Sin embargo, si no podemos resolver la "discrepancia" y determinamos que el hogar no nos ha declarado correctamente los ingresos, podemos tomar una o más de las siguientes medidas: ajustar el nivel de beneficios para el hogar, cancelar la asistencia al hogar, solicitar el reembolso de los pagos realizados incorrectamente al hogar o en nombre del hogar, reducir cualquier beneficio futuro por montos no reembolsados. Si tomamos alguna de estas medidas, el Solicitante tiene derecho a disputar nuestra decisión a través del proceso de apelación de **(AGENCIA)**.

Cualquier "discrepancia" que no pueda ser resuelta por esta **(AGENCIA)** también podría desencadenar una remisión al DHCD. La información sobre usted y otros miembros del hogar también puede remitirse a la Oficina Estatal de Investigaciones Especiales, al Fiscal de Distrito o al Fiscal General, lo que puede resultar en una investigación más exhaustiva, medidas y/o un proceso penal.

Si no proporciona, o no puede proporcionar o verificar su número de Seguro Social, a esta **(AGENCIA)**, su nombre y dirección igualmente podrán enviarse al DOR en caso de un cotejo de salarios.

LIHEAP Forms FY23

IMPORTANTE: Este documento es la traducción de un documento emitido por el DHCD. El DHCD proporciona esta traducción solo para su conveniencia y a fin de ayudarle a comprender sus derechos y obligaciones. El documento traducido no es un documento oficial. La versión en inglés emitida por el DHCD de este documento es el documento oficial, legal y de control y está disponible a pedido de la agencia de asistencia de combustible.