

Si usted es beneficiario de uno de los programas mencionados a continuación, también puede ser elegible para el beneficio de tarifa reducida de Eversource. Si tiene alguna pregunta acerca de la solicitud, puede llamar al 877-659-6326, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

☐ Si, deseo solicitar la tarifa reducida de Eversource. Autorizo a la agencia que me brinda los beneficios a divulgar mis datos a Eversource para la inscripción y renovación anual de la tarifa reducida, y a notificar a Eversource en caso de que se suspendan mis beneficios. Entiendo también que debo notificar a Eversource en caso de que se suspendan mis beneficios.

No. de Cuenta de Eversource: _____

Correo Electrónico: _____ Número Telefónico: _____ - _____ - _____

Dirección de Servicio: _____

Dirección Postal: _____

Requisitos de elegibilidad para la tarifa de descuento:

- Soy cliente residencial (solo residencia principal).
- Soy titular del servicio de Eversource.
- Cumpló con los requisitos de ingresos del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP/Asistencia para combustible), también conocido como Asistencia para combustible.
- Los ingresos de mi grupo familiar no superan el 60% del valor medio estimado del ingreso estatal.
- Recibo beneficios de un programa con elegibilidad definida por nivel de ingresos (**marque todos los que correspondan a continuación**).

Actualmente recibo beneficios de uno o más de los siguientes programas:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Programa de Asistencia Energética para el Hogar (HEAP/Asistencia para combustible) * | ☐ Asistencia de emergencia para adultos mayores, discapacitados y niños (EAEDC)* | ☐ Compensación para dependientes de veteranos e indemnización (DIC): Padre/madre o cónyuge sobreviviente* |
| ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP/Cupones para alimentos)* | ☐ Pensión para veteranos por invalidez no relacionada con el servicio* | ☐ Plan Health Safety Net, principal o secundario (no parcial) * |
| ☐ Beneficios para veteranos (Capítulo 115) * | ☐ Asistencia transitoria para familias con hijos dependientes (TAFDC)* | ☐ Programa de desayuno/almuerzo escolar (solo para localidades donde no se ofrecen almuerzos gratis o reducidos) * |
| ☐ Programa de Suplemento Estatal (SSP) para solicitantes calificados de beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) de Massachusetts* | ☐ Plan MA Health Connector Tipos 1, 2 or 3A* | ☐ Programa nutricional para mujeres, bebés y niños (WIC)* |
| ☐ Mass Health básico o estándar* | ☐ Head Start* | ☐ Vivienda pública o subsidiada* |

Por favor incluya los últimos 4 dígitos de su Numero de Seguro Social: _____

* Los programas marcados con un asterisco (*) requieren una carta de elegibilidad. Por favor incluya una copia con solicitud.

Declaro que todos los datos proporcionados en este formulario son verdaderos. Soy beneficiario del programa o programas indicados, cumpla con los requisitos de ingresos y soy titular de un servicio residencial de Eversource.

Firma: _____ Fecha: _____

Llene y envíe la solicitud por fax al 800-265-6708 o por correo postal junto con la documentación de elegibilidad correspondiente a la siguiente dirección:

Eversource
ATTN: Billing Department
P.O. Box 330, Manchester, NH 03105