



## **INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL PAQUETE DE PRE-SOLICITUD**

1. Los solicitantes que buscan asistencia de LIHEAP deben completar todas las páginas por completo.
2. En la página de Firma Universal, marque la casilla para obtener la asistencia que está solicitando.
3. Toda la información en la página de Información de Contacto debe completarse y ser precisa.
4. Asegúrese de completar el nombre del proveedor de servicios públicos, el número de cuenta y el nombre de la persona en la factura.
5. Complete Todos los miembros del hogar con el número de seguro social completo, nombre y apellido, fecha de nacimiento, sexo, discapacitado, grupo étnico, educación y la cantidad de ingresos recibidos.
6. Cualquier persona de 18 años o más sin ingresos debe figurar en la Declaración Jurada de Cero Ingresos y completarla por completo.
7. La hoja de presupuesto debe completarse lo mejor que pueda.
8. La página de referencia de recursos debe completarse por completo.

### **Cómo entregar todos los documentos requeridos con el paquete previo a la solicitud:**

- a) Envíe por correo a NICAA, 27 S. State Ave, Suite 102, Freeport, IL 61032
- b) Envíelos por fax a: 815-232-3143
- c) O envíe un correo electrónico a: [Nicaa125@nicaa.org](mailto:Nicaa125@nicaa.org)

**\* LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD NO GARANTIZA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS.**



**NICAA**

REV: 12.2024



**Illinois**  
Department of Commerce  
& Economic Opportunity



## **LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

*Los siguientes elementos son necesarios para comenzar el proceso de solicitud dentro del Departamento de Servicios Comunitarios de NICAA. Envíe **TODOS** los artículos con el paquete.*

<p><b>DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR LIHEAP</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Copias de las tarjetas de Seguro Social de TODOS los miembros del hogar.</li><li>○ Copias de la parte superior de sus facturas de gas y/o electricidad más recientes.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Debe proporcionar un aviso de desconexión si se recibe.</li></ul></li><li>○ Comprobante de cualquier ingreso de todos los miembros del hogar mayores de 18 años en los últimos 30 días.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Si tiene 18 años o más y no tiene ingresos, complete la declaración jurada de cero ingresos que se proporciona en el paquete.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Proporcione documentación de respaldo, como una carta del DHS, desempleo o un estado de cuenta bancario.</li><li>▪ Si trabajaste por dinero en efectivo, indica la cantidad que recibiste en los últimos 30 días.</li></ul></li><li>○ Si recibes salarios, necesitamos:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Los talones de pago más recientes que recibí en los últimos 30 días.</li><li>▪ O los últimos 3 recibos de sueldo si te pagan quincenalmente; Últimos 5 talones de pago si se pagan semanalmente.</li></ul></li><li>○ Si recibe SSA, SSI o alguna forma de jubilación, envíe:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Una copia de un estado de cuenta bancario reciente.</li><li>▪ O una copia de una carta de adjudicación.</li></ul></li><li>○ Si recibe TANF, necesitamos algo de la oficina del DHS que muestre cuánto está recibiendo.</li><li>○ Contrato de arrendamiento firmado vigente SÓLO si sus facturas de servicios públicos están incluidas en su alquiler.</li></ul></li></ul>
--	---

**El paquete (completado) con la información solicitada debe devolverse a más tardar 15 días después de la fecha de firma. Si se devuelve pasados los 15 días, la agencia se reserva el derecho de solicitar información adicional. La agencia se reserva el derecho de solicitar comprobantes de ingresos de los últimos 30 días.**

### **PÁGINA DE FIRMA UNIVERSAL**



**NICAA**





**AVISO IMPORTANTE:** Esta agencia concesionaria del estado de Illinois está solicitando la divulgación de información que es necesaria para lograr una solicitud completa de:

**Por favor, marque todas las ayudas a las que desea solicitar:**

- Programa de Climatización del Hogar de Illinois (IHWAP o Climatización)
  
- Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP o Asistencia Energética), incluido el Plan de Pago del Porcentaje de Ingresos (PIPP)

### **DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE**

Certifico que la información que he proporcionado es una divulgación precisa y completa de la información solicitada. También certifico que cada miembro del hogar en la solicitud es residente de Illinois.

Autorizo a esta agencia a verificar la información y a ponerse en contacto con mi proveedor de servicios públicos/combustible, arrendador, empleador y/u otras fuentes para verificar o obtener información adicional y para intercambiar información contenida o utilizada de otra manera con respecto a mi solicitud y participación en CSBG/LIHEAP/IHWAP.

En el caso de LIHEAP e IHWAP, también autorizo al Departamento de Comercio y Oportunidades Económicas y a mi proveedor de servicios públicos/combustible a compartir mi información de uso y facturación durante el período de veinticuatro (24) meses anterior y el período de doce (12) meses después de la fecha de presentación de mi solicitud y/o la finalización de los servicios de LIHEAP e IHWAP con el fin de evaluar y analizar el programa.

He recibido información que describe mis derechos de apelación. Entiendo que llenar esta solicitud no garantiza que mi hogar recibirá asistencia. Entiendo que se me proporcionará una copia de esta solicitud para mi referencia futura.

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**NICAA**





## **INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL JEFE DE FAMILIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO#: \_\_\_\_\_

TELÉFONO ALTERNATIVO#: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### **Por favor, marque uno**

- Sí  No ¿Está recibiendo actualmente beneficios PIPP?
- Sí  No ¿Alquilas tu casa?
- Sí  No ¿Eres dueño de tu casa?
- Sí  No ¿Es usted empleado de la Agencia de Acción Comunitaria del Noroeste de IL?
- Sí  No ¿Alguien de su familia es empleado de la Agencia de Acción Comunitaria del Noroeste de IL?
- Sí  No ¿Estás interesado en suscripciones solares?

**EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE Y LA RELACIÓN CON USTED:**

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

Relación: \_\_\_\_\_



**NICAA**





## **FORMULARIO DE DIVULGACIÓN PY 2024**

**Nombre del miembro del hogar en las facturas y nombre de la compañía de servicios públicos.**

Compañía de LP/Gas Natural con nombre en la factura: \_\_\_\_\_

Compañía eléctrica con nombre de cuenta en la factura: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: LP/Gas Natural: \_\_\_\_\_

Eléctrico: \_\_\_\_\_

¿Estás desconectado?  Sí o  No

En caso afirmativo, ¿qué utilidad?  LP/Gas Natural  Eléctrico  Ambos

---

### **Preguntas complementarias (Por favor, responde)**

1. ¿Tiene actualmente un aviso de vencimiento para el combustible de calefacción principal?:  Sí o  No
2. Combustible suplementario para calefacción (seleccione uno):
  - Electricidad.
  - Madera.
  - Otro.
3. Equipo de enfriamiento principal (Seleccione uno):
  - Aire acondicionado central.
  - Aire acondicionado de ventana/pared.
  - Ninguno.
4. ¿Número de dormitorios en casa? \_\_\_\_\_
5. Ubicación de la unidad de aire acondicionado (seleccione una):
  - Dormitorio.
  - Área Común.
  - Dormitorio y zona común.
6. ¿Número de unidades de aire acondicionado en el hogar? \_\_\_\_\_



**NICAA**





## LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Deshabilitado:  Sí  No

Grupo étnico:

Blanco

Afroamericano

Nativo Americano Algo

Asiático

Hispano

Otras

Educación:

9-12 (No graduado)

de H.S.

de Universidad

de 2 a 4 años. Grad

G.E.D.

escuelas postsecundarias

¿Es usted un veterano?:  Sí  No

Ingresos brutos de los últimos 30 días.

Seguro Social.: \$ \_\_\_\_\_

SSI: \$ \_\_\_\_\_

Salarios: \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

TANF/ABD: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_

Pensión: \$ \_\_\_\_\_

Beneficio de VA: \$ \_\_\_\_\_

GA: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de SNAP: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Deshabilitado:  Sí  No

Grupo étnico:

Blanco

Afroamericano

Nativo Americano Algo

Asiático

Hispano

Otras

Educación:

9-12 (No graduado)

de H.S.

de Universidad

de 2 a 4 años. Grad

G.E.D.

escuelas postsecundarias

¿Es usted un veterano?:  Sí  No

Ingresos brutos de los últimos 30 días.

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_

SSI: \$ \_\_\_\_\_

Salarios: \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

TANF/ABD: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_

Pensión: \$ \_\_\_\_\_

Beneficio de VA: \$ \_\_\_\_\_

GA: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de SNAP \$ \_\_\_\_\_



**NICAA**





## LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Deshabilitado:  Sí  No

Grupo étnico: Educación:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco                | <input type="checkbox"/> 9-12 (No graduado)       |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano         | <input type="checkbox"/> de H.S.                  |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano Algo | <input type="checkbox"/> de Universidad           |
| <input type="checkbox"/> Asiático              | <input type="checkbox"/> de 2 a 4 años. Grad      |
| <input type="checkbox"/> Hispano               | <input type="checkbox"/> G.E.D.                   |
| <input type="checkbox"/> Otras                 | <input type="checkbox"/> escuelas postsecundarias |

¿Es usted un veterano?:  Sí  No

Ingresos brutos de los últimos 30 días.

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_

SSI: \$ \_\_\_\_\_

Salarios: \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

TANF/ABD: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_

Pensión: \$ \_\_\_\_\_

Beneficio de VA: \$ \_\_\_\_\_

GA: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de SNAP: \$ \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Deshabilitado:  Sí  No

Grupo étnico: Educación:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco                | <input type="checkbox"/> 9-12 (No graduado)       |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano         | <input type="checkbox"/> de H.S.                  |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano Algo | <input type="checkbox"/> de Universidad           |
| <input type="checkbox"/> Asiático              | <input type="checkbox"/> de 2 a 4 años. Grad      |
| <input type="checkbox"/> Hispano               | <input type="checkbox"/> G.E.D.                   |
| <input type="checkbox"/> Otras                 | <input type="checkbox"/> escuelas postsecundarias |

¿Es usted un veterano?:  Sí  No

Ingresos brutos de los últimos 30 días.

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_

SSI: \$ \_\_\_\_\_

Salarios: \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

TANF/ABD: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_

Pensión: \$ \_\_\_\_\_

Beneficio de VA: \$ \_\_\_\_\_

GA: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de SNAP: \$ \_\_\_\_\_



**NICAA**





## LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Deshabilitado:  Sí  No

Grupo étnico: Educación:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco                | <input type="checkbox"/> 9-12 (No graduado)       |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano         | <input type="checkbox"/> de H.S.                  |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano Algo | <input type="checkbox"/> de Universidad           |
| <input type="checkbox"/> Asiático              | <input type="checkbox"/> de 2 a 4 años. Grad      |
| <input type="checkbox"/> Hispano               | <input type="checkbox"/> G.E.D.                   |
| <input type="checkbox"/> Otras                 | <input type="checkbox"/> escuelas postsecundarias |

¿Es usted un veterano?:  Sí  No

Ingresos brutos de los últimos 30 días.

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_

SSI: \$ \_\_\_\_\_

Salarios: \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

TANF/ABD: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_

Pensión: \$ \_\_\_\_\_

Beneficio de VA: \$ \_\_\_\_\_

GA: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de SNAP: \$ \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Deshabilitado:  Sí  No

Grupo étnico: Educación:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco                | <input type="checkbox"/> 9-12 (No graduado)       |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano         | <input type="checkbox"/> de H.S.                  |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano Algo | <input type="checkbox"/> de Universidad           |
| <input type="checkbox"/> Asiático              | <input type="checkbox"/> de 2 a 4 años. Grad      |
| <input type="checkbox"/> Hispano               | <input type="checkbox"/> G.E.D.                   |
| <input type="checkbox"/> Otras                 | <input type="checkbox"/> escuelas postsecundarias |

¿Es usted un veterano?:  Sí  No

Ingresos brutos de los últimos 30 días.

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_

SSI: \$ \_\_\_\_\_

Salarios: \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

TANF/ABD: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_

Pensión: \$ \_\_\_\_\_

Beneficio de VA: \$ \_\_\_\_\_

GA: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de SNAP: \$ \_\_\_\_\_



**NICAA**







## LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Deshabilitado:  Sí  No

Grupo étnico: Educación:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco                | <input type="checkbox"/> 9-12 (No graduado)       |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano         | <input type="checkbox"/> de H.S.                  |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano Algo | <input type="checkbox"/> de Universidad           |
| <input type="checkbox"/> Asiático              | <input type="checkbox"/> de 2 a 4 años. Grad      |
| <input type="checkbox"/> Hispano               | <input type="checkbox"/> G.E.D.                   |
| <input type="checkbox"/> Otras                 | <input type="checkbox"/> escuelas postsecundarias |

¿Es usted un veterano?:  Sí  No

Ingresos brutos de los últimos 30 días.

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_

SSI: \$ \_\_\_\_\_

Salarios: \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

TANF/ABD: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_

Pensión: \$ \_\_\_\_\_

Beneficio de VA: \$ \_\_\_\_\_

GA: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de SNAP : \$ \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Deshabilitado:  Sí  No

Grupo étnico: Educación:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco                | <input type="checkbox"/> 9-12 (No graduado)       |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano         | <input type="checkbox"/> de H.S.                  |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano Algo | <input type="checkbox"/> de Universidad           |
| <input type="checkbox"/> Asiático              | <input type="checkbox"/> de 2 a 4 años. Grad      |
| <input type="checkbox"/> Hispano               | <input type="checkbox"/> G.E.D.                   |
| <input type="checkbox"/> Otras                 | <input type="checkbox"/> escuelas postsecundarias |

¿Es usted un veterano?:  Sí  No

Ingresos brutos de los últimos 30 días.

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_

SSI: \$ \_\_\_\_\_

Salarios: \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

TANF/ABD: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_

Pensión: \$ \_\_\_\_\_

Beneficio de VA: \$ \_\_\_\_\_

GA: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de SNAP: \$ \_\_\_\_\_



**NICAA**





## **DECLARACIÓN JURADA PERSONAL Y FAMILIAR CON CERO INGRESOS**

Este formulario debe completarse si el solicitante o un miembro de la familia en su hogar tiene 18 años o más y no ha reportado ingresos durante los últimos 30 días.

<b>Nombre del solicitante:</b>	
Miembro del hogar:	
Miembro del hogar:	
Miembro del hogar:	
Miembro del hogar:	

Por la presente certifico que los enumerados anteriormente no tienen ingresos. Cubrimos nuestros gastos básicos de subsistencia de la siguiente manera:

---

---

---

---

---

**Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que se me puede exigir que proporcione pruebas de cualquier información proporcionada. Entiendo que proporcionar información falsa resultará en la denegación de mi solicitud.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/cabeza de familia.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del jefe de familia.





## HOJA DE PRESUPUESTO FAMILIAR DE 30 DÍAS

### GASTOS MENSUALES

Alquiler/Hipoteca \$ \_\_\_\_\_

Gas/LP/Calefacción \$ \_\_\_\_\_

Eléctrico \$ \_\_\_\_\_

Agua \$ \_\_\_\_\_

#### Costo de la vivienda

**Total:** \$ \_\_\_\_\_

Pago del auto \$ \_\_\_\_\_

Gasolina \$ \_\_\_\_\_

Comestibles (después de SNAP) \$ \_\_\_\_\_

Cuidado de niños \$ \_\_\_\_\_

Factura de teléfono residencial \$ \_\_\_\_\_

Factura de teléfono celular \$ \_\_\_\_\_

Cable/Internet \$ \_\_\_\_\_

Lavandería \$ \_\_\_\_\_

Artículos para el hogar \$ \_\_\_\_\_

Comedor/Entretenimiento \$ \_\_\_\_\_

Tarjetas de crédito \$ \_\_\_\_\_

Gastos Médicos \$ \_\_\_\_\_

Educación \$ \_\_\_\_\_

Otros \$ \_\_\_\_\_

### INGRESOS BRUTOS A 30 DÍAS

SSA/SSI/SSDI \$ \_\_\_\_\_

Salarios \$ \_\_\_\_\_

Desempleo \$ \_\_\_\_\_

TANF \$ \_\_\_\_\_

Manutención de menores \$ \_\_\_\_\_

Pensión \$ \_\_\_\_\_

Beneficio de VA \$ \_\_\_\_\_

Asistencia General \$ \_\_\_\_\_

Pago en efectivo \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de SNAP \$ \_\_\_\_\_

Otros \$ \_\_\_\_\_

Total: \$ \_\_\_\_\_

#### ¿Tiene seguro médico?

Medicare       Medicaid

Seguro Privado    Ninguno

---

**Gastos Totales** \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos** \$ \_\_\_\_\_

**Diferencia** \$ \_\_\_\_\_



**NICAA**





**REFERENCIAS DE RECURSOS PARA ASISTENCIA ENERGÉTICA**

¿Está interesado en consejos de presupuesto o educación financiera para ayudarlo a administrar los ingresos de su hogar? <a href="http://idfpr.com/Consumers/IFLI/IFLI.asp">http://idfpr.com/Consumers/IFLI/IFLI.asp</a>	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
¿Está interesado en obtener información sobre la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)? <a href="https://ssa.gov/ssi/">https://ssa.gov/ssi/</a>	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un lugar seguro a donde ir si está desconectado de su fuente de calor?	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Si su residencia no ha sido climatizada en los últimos 15 años, ¿está interesado en información sobre el Programa de Climatización?	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
¿Está interesado en información sobre el Servicio de Atención Comunitaria en el Hogar del Departamento de Envejecimiento de Illinois? <a href="https://www.illinois.gov/aging">https://www.illinois.gov/aging</a>	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Si un miembro del hogar es un Veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ¿le gustaría recibir información sobre los Beneficios para Veteranos? <a href="https://www.illinois.gov/veterans/benefits">https://www.illinois.gov/veterans/benefits</a>	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
¿Está interesado en información sobre los beneficios del Seguro de Desempleo y la búsqueda de empleo? <a href="https://www.ides.illinois.gov">https://www.ides.illinois.gov</a>	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Si alguien en su hogar no tiene seguro médico, ¿está interesado en obtener información sobre Medicaid? <a href="https://www.illinois.gov/hfs">https://www.illinois.gov/hfs</a>	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
¿Está interesado en despensas de alimentos locales o programas de nutrición como: Mujeres, Bebés y Niños (WIC) o SNAP (Cupones de Alimentos), y/o Meals on Wheels o sitios de comidas grupales para personas mayores? <a href="http://www.wicprograms.org/state/illinois">http://www.wicprograms.org/state/illinois</a> y <a href="http://www.dhs.state.il.us">http://www.dhs.state.il.us</a>	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
¿Alguien en su hogar recibe SNAP (cupones de alimentos)?	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
¿Está interesado en Lifeline (descuentos mensuales en el servicio telefónico)?	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
¿Está interesado en recibir ayuda con el cuidado de los niños mientras trabaja y/o en el preescolar para su hijo o hijos? <a href="https://4childcare.org/">https://4childcare.org/</a>	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
¿Está actualmente desconectado o en peligro de desconexión por su factura de servicios públicos de aguas residuales (alcantarillado) vencida?	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
<p>¿Cómo te remitieron a LIHEAP?</p> <p><input type="checkbox"/> Anuncio publicado por el gobernador</p> <p><input type="checkbox"/> Nuevos medios locales</p> <p><input type="checkbox"/> Volante(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Evento LIHEAP (por ejemplo, taller de energía)</p>	<p><input type="checkbox"/> Antiguo solicitante</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Para localizar otros programas en su área, comuníquese con:</p> <p><input type="checkbox"/> The United Way - Marque 211 o The City Chicago - Marque 311</p>

