



DALLAS COUNTY

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

WEATHERIZATION ASSISTANCE PROGRAM

GANESH SHIVARAMAIYER
INTERIM DIRECTOR

WEATHERIZATION ASSISTANCE PROGRAM (WAP) GENERAL INFORMATION AND APPLICATION

Dear WAP Applicant:

Please return enclosed Weatherization Assistance Program (WAP) application, along with copies of the following information/documents:

1. Proof of Income for the last 30 days of each household member, 18 years of age and older ie: check stubs, unemployment, social security letter, retirement letter.
2. I.D./Drivers License for household members 18 years and older
3. Social Security cards for each household member
4. Electric and Gas Bill

IMPORTANT: The program for which you are applying requires verification that you are a US Citizen, a non-citizen national, or a legal resident of the United States. In order for your application to be considered for services, documentation of your status is required. This agency uses the Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) System to verify the status of non-citizens. For more information about the SAVE Program please visit www.uscis.gov/SAVE.

Please mail application to: Dallas County Department of Health and Human Services
Attn:WAP
2377 North Stemmons Freeway, Suite 200, LB-16
Dallas, Texas 75207-2710

The WAP is designed to help the most disadvantaged of our society. The spirit of the program is to assist high-energy users who are low income with priority given to elderly, handicapped or families with children. Applicant household must be at or below the approved Federal Poverty Income Guideline in order to be eligible for an assessment. Assessment appointment will be set approximately within 12 months from the application eligibility date.

The objectives of the WAP are: 1) to assist the low-income families in lowering their energy consumption and subsequently, their energy costs and 2) increasing their comfort levels and their health, safety and well being. The WAP is not a rehabilitation program. Minor repairs are only allowed to ensure the effectiveness and/or protection of the weatherization materials installed.

Assessments are processed through the State of Texas approved Energy audit. Here are some examples of what we can and cannot do:

CAN:

1. Repair Broken Glass
2. Address Air Infiltration
3. Replace CFL/Water Savers
4. Install Insulation
5. Check/Address CO Emission Levels
6. Perform/Address Duct Diagnostics
7. Check/Address Efficiency of Heating/Cooling Appliances

CANNOT:

1. Paint
2. Remodeling
3. Any Rehabilitation
4. Repair Structural Issues
5. House Leveling
6. Brick or Concrete Repair

2377 North Stemmons Freeway, Suite 200, LB-16
Dallas, Texas 75207-2710

Office 214-819-1909



DALLAS COUNTY

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

WEATHERIZATION ASSISTANCE PROGRAM

GANESH SHIVARAMAIYER
INTERIM DIRECTOR

WEATHERIZATION ASSISTANCE PROGRAM (WAP) GENERAL INFORMATION AND APPLICATION INFORMACIÓN GENERAL Y SOLICITUD

Estimado solicitante del Programa WAP:

Le agradeceríamos que devuelva la solicitud adjunta del Programa de Asistencia de Climatización (WAP), junto con las copias de la siguiente información/documentos:

1. Constancia de ingresos de los últimos 30 días de cada miembro del hogar, de 18 años de edad y mayores por ejemplos talones de cheques, carta de desempleo, carta de seguridad social, carta de jubilación.
2. Documentos de identidad/licencias de conducir de cada miembro del hogar, de 18 años de edad y mayores
3. Tarjetas de Seguro Social de cada miembro del hogar
4. Recibo de pago de energía eléctrica y gas

IMPORTANTE: El programa al que está postulando necesita la verificación de que usted es un ciudadano de los Estados Unidos, un nacional no ciudadano o un residente legal de los Estados Unidos. Para su aplicación para ser considerada para servicios, se necesita la documentación de su estado. Esta agencia utiliza el Sistema de Programa de Verificación Sistemática de Derechos del Extranjero (SAVE, por sus siglas en inglés) para verificar el estado de no ciudadanos. Para obtener mas información sobre el Programa SAVE visite www.uscis.gov/SAVE.

Envíe la solicitud por correo a: Dallas County Department of Health and Human Services
Attn.: WAP
2377 North Stemmons Freeway, Suite 200, LB-16
Dallas, Texas 75207-2710

El Programa WAP está diseñado para ayudar a las personas más necesitadas de nuestra sociedad. El espíritu del programa es asistir a los usuarios de alto consumo de energía eléctrica que tienen bajos ingresos, dando prioridad a los ancianos, minusválidos o familias con niños. Para tener derecho a una evaluación, el hogar solicitante debe tener un ingreso igual o menor al ingreso aprobado en la Guía Federal de Ingresos de Pobreza. La cita para la evaluación tendrá lugar aproximadamente dentro de los 12 meses de la fecha de solicitud.

Los objetivos del Programa WAP son: 1) ayudar a las familias de menores ingresos a reducir su consumo de energía y, por consiguiente, sus costos de energía, y 2) aumentar sus niveles de comodidad, así como su salud, seguridad y bienestar. El Programa WAP no es un programa de rehabilitación. Solamente se permite hacer las reparaciones menores para garantizar la efectividad y/o protección de los materiales de climatización instalados.

Las evaluaciones son procesadas a través de una auditoría de energía aprobada por el Estado de Texas. A continuación se indican algunos ejemplos de lo que podemos y no podemos hacer:

PODEMOS:

1. Reparar vidrios rotos
2. Solucionar problemas de filtración de aire
3. Reemplazar lámparas fluorescentes/ahorradores de agua
4. Instalar aislamiento
5. Revisar/solucionar problemas de niveles de emisión de CO
6. Realizar/solucionar problemas de diagnóstico de conductos
7. Revisar/solucionar problemas de eficiencia de aparatos de calefacción/refrigeración

NO PODEMOS:

1. Pintar
2. Remodelar
3. Todo tipo de rehabilitación
4. Reparación cuestiones estructural
5. Nivelación de casas
6. Reparación de Ladrillos o concreto

**WEATHERIZATION ASSISTANCE PROGRAM – APPLICATION FOR WEATHERIZATION SERVICE
PROGRAMA DE CLIMATIZACION DEL HOGAR SOCICITUD PARA SERVICES**

A				
Name of Applicant of Head of Household Nombre del Solicitante O Responsable del la Casa			Home Telephone Teléfono del la Casa	
			Dallas	
Mailing Address Dirección Postal	Street/P.O. Box, City Calle o Apdo/Postal, Ciudad	County Condado	Zip	Work Telephone Teléfono del trabajo
Residence Address – If Different Dirección de Residnecia – si es diferente del postal		County Condado	Zip	
Has this residence ever received services from the Weatherization Program? Yes/Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
¿Esta residencia ha recibido servicios del programma de climatización?				
If “Yes”, when?/Si marca”Si”, ¿Cuando?			In what county?/¿En qué condado?	

GIVE THE FOLLOWING INFROMATION ABOUT EACH HOUSEHOLD MEMBER, INCLUDING YOURSELF:

B								
EXCRIBA LOS NOMBRES TODOS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA CASA, INCLUYENDOSE A USTED:								
Name Nombre	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Sex Sexo	Race* Raza*	Citizenship Status Ciudadano DeLos E.U.A.			Handi- capped Incapacit ado	Social Security Number** Numero de Seguro Social**
				US Citizen US Ciudadano	Legal Resident legal residente	Other otro		

List additional members on back or separate page
Si necesita mas espacio, escriba al reverso de esta pagina o en otro papel.

* This information is voluntary and is requested to ensure benefits are provided without regard to race, color or national origin. It will not affect your eligibility or benefit level.
* Esta información es voluntaria y se solicita solo con el fin de asegurar que los beneficios se puedan ofrecer sin discriminación de raza, color, u origen nacional. Esta información no afectara su elegibilidad ni la cantidad de su beneficio.
** Although this information is not required by law, it is necessary for correct computer processing.
** Aunque la ley no requiere esta información es necesarios para procesar correctamente su solicitud por medios computarizados.

GIVE THE FOLLOWING INFORMATION ABOUT HOUSEHOLD MEMBERS WHO WORK:

C		
ESCRIBA LOS NOMBRES B\DE TODOS LAS PERSONAS VIVIENDO EN ESTA CASA QUE TRABAJAN		
Name Of Person Working Nombre de la Person que Trabaja	Employer’s Name, Address, and Telephone Number Nombre, Dirección, y Teléfono De su Patron	Total Monthly Income Sueldo Mensual Total

D

If any household members receive any of the following types of unearned income or benefits, check the type of benefit received. Where the space is provided, enter the case or account number and the amount received.

Indique in lo siguiente, los ingresos o beneficios que usted u otros miembros de su casa reciban. Incluya el numero de identificación de su casa o cuenta de ayuda y la cantidad de ayuda.

DO NOT INCLUDE FOOD STAMPS AS INCOME/ NO INCLUYE "ESTAMPIYAS DE COMIDA" (FOOD STAMPS) COMO INGRESO.

Type of Assistance/Tipo de Asistencia:	Case Number Numero Del Caso	Monthly Amount Cantidad Mensual
AFDC / Asistencia AFDC		
SSI / Ingreso de Seguridad Suplemental		
Social Security / Seguro Social		
Veteran's Benefits / Beneficios de Veteranos		
Retirement Benefits / Beneficios de Retiro		
Military Alotments / Reparto de Sueldo Militar		
HUD Utility Supplement / Suplemento para las Utilidades de HUD		
Child Support / Sostenimiento para Niños		
Unemployment Compensation / Compensación de Desempleo		
Workman's Compensation / Compensación de Trabajadores		
Contributions / Regalos		
Other (specify): Otro (espeifique):		

Please check here if you are employed as a migrant or seasonal farmworker.

Favor de marcar si usted está empleado como migrante o trabajador temporal de agricola.

E

Do You
¿Es

Own or
Dueno o se

If owned, go to #1
Si es dueño dirígese al #1

Rent your residence?
Renta su residencia?

If rented, go to #2
Si renta, Dirígese a #2

1. Types of housing owned:
Tipos de casas propias:

Private house
Hogar

Mobile Home
Casa Movil

2. Types of housing rented:
Tipos de casas rentadas:

MUST HAVE OWNER'S APPROVAL!
TIENE QUE SER APROVADO POR EL DUEÑO!

Private Home
Hogar

Mobile Home
Casa Movil

Low rent federally subsidized Housing
Residencia con subsidio federal para la renta

Apartment
Apartamento

Rented Room
Cuarto Rentado

Type(Section 8, etc.)
Tipo (Seccion 8, etc.)

Type of energy used to heat household (check one):

Tipo de energia utilizada para calentar su hogar (marque una):

Natural gas
Gas natural

Electricity
Electricidad

Bottled gas
Gas embotellado

Other (Specify):
Otra (especifique): _____

Type of air conditioning used (check one):

Tipo de aire acondicionado utilizado (marque usno):

None
Ninguno

Central Unit
Unidad Central

Window Unit
Unidad de ventana

Evaporative Cooler
Enfriador Evaporativo

WAP APPLICANT'S AUTHORIZATION, UNDERSTANDING AND AGREEMENT

My answers to all of the previous questions and the statements I have made are true and correct to the best of my knowledge and belief. I authorize the Texas Department of Housing and Community Affairs and its contracted agencies to contact any source in order to solicit/verify information necessary for an eligibility determination. I also agree to provide the Texas Department of Housing and Community Affairs and its contracting agencies with any information necessary to verify my eligibility.

If I am eligible for weatherization services. I give my permission to allow work on the residence listed on this form. I will cooperate fully with state and federal personnel to obtain information from any source to verify statements I made. I will cooperate fully with state or federal personnel in a quality control review.

I have been advised and understand that this application will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, sex, or political belief.

PENALTIES FOR FRAUD!

Whoever obtains or attempts to obtain weatherization services for which he is not entitled, By means of willful false statement or other fraudulent means, may be considered guilty of a criminal offense and upon conviction may be fined and /or imprisoned.

AUTORIZACION, ACUERDO, Y ENTENDIMIENTO DEL SOLITANTE

Mis repuestas a todas las preguntas anteriores y las declaraciones que he hecho son verdaderas y correctas segun mi leal saber, enternder y creencia. Autorizo al "Texas Department of Housing and Community Affairs" y la sus agencias contratadas a comunicarse con cualquier persona o agencia para verficar o solicitar información necesaria para la determinación de elegibilidad. Acepto responsibilidad de dar al Departamento cualquier información que se necesite para verificar mi elegibilidad.

Si califico para servicios de Climatización del hogar, doy permiso para que se hagan reparaciones a la redidencia identificada en esta solicitud. Cooperaré plenamente con personas del gobierno estatal o federal para obtener cualquier información necesario para verificar las declaraciones que he hecho, cual en lo mismo se incluyen estudios tocante la calidad del trabajo. Me han avisado y entiendo que esta solicitud será considerada sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, sexo, mi creencia política.

CASTIGO POR FRAUDE!

Si alguna persona recibe servicios de Climatización del Hogar por medio de declaraciones Falsas of intenta defraudar por medio de estas declaraciones, se considerará culpable de una Ofensa criminal y al ser convicta puede ser multada o encarcelada.

**BEFORE YOU SIGN BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND ACCURATE
ASEGURESE, ANTES DE FIRMAR, QUE TODAS SUS REPUESTAS ESTEN COMPLETAS
Y CORRECTAS**

X			
_____ Signature – Applicant Firma del Solicitante	_____ Date Fecha	_____ Signature – Spouse Firma de Esposa (o)	_____ Date Fecha
_____ Signature – individual making application on applicants behalf or case worker who assisted in completion of application. firma del Solicitante – De la persons que hace la solicitud de parte de solicitante, o trabajador social que ayudo a hacerla.	_____ Date Fecha	_____ Signature – Witness (if signed with "x") Firma – Del Testigo (Si se firma con "x")	_____ Date Fecha

Dallas County Health & Human Services
Servicios Humanos y de Salud del Condado de Dallas
Weatherization Assistance Program
Programa de Asistencia ante los Efectos adversos del Clima
Customer Billing/Consumption Release Form
Formulario de divulgación de facturación/consumo del cliente

Name:

Nombre:

First/ Primer nombre

Last/ Apellido

MI/ Inic. segundo nombre

Address:

Dirección:

Street/ Calle

City/ Ciudad

Zip/ C.P.

Telephone:

Teléfono:

Electric Utility Co:/ Compañía de Serv. de electricidad:

Account Number:/Número de cuenta:

Gas Utility Co:/Compañía de Serv. de gas:

Account Number:/Número de cuenta:

Other:/Otra:

Account Number:/Número de cuenta:

I authorize the Texas Department of Housing and Community Affairs and its contracted agency to solicit/verify information on my energy billing and consumption histories, both past and future, to the extent the information is used only to determine program eligibility and to provide data.

Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos comunitarios de Texas y a sus agencias contratadas a solicitar/verificar información acerca de mi facturación por energía e historiales de consumo, pasados y futuros, en la medida en que la información sea usada únicamente para determinar mi elegibilidad para el programa y proporcionar datos.

X

Signature/ Firma

Date/ Fecha

For Agency Use Only:
Para uso exclusivo de la agencia:

Sub grantee must record Weatherization Completion Date in box before mailing to TDHCA

El sub- adjudicatario debe registrar la Fecha de finalización del acondicionamiento contra los efectos adversos del clima en la casilla antes de enviar el formulario a TDHCA