



# Haciendo lo mejor

## **Solicitud de asistencia para servicios públicos El Ejército de Salvación Sheboygan**

Asegúrese de completar todos los formularios, incluyendo la respuesta de todas las preguntas sobre otras agencias con las que se comunicó para obtener ayuda. Esto es muy importante en determinar si califica para recibir ayuda con el Ejército de Salvación.

Para calificar para la asistencia de servicios públicos con el Ejército de Salvación, debe caer bajo las siguientes calificaciones:

- Vivir en el condado de Sheboygan.
- Recibí un aviso de desconexión.
- Comunicó con las siguientes agencias en su área para obtener ayuda.
  - Energy Services, Inc. (920) 287-2800
  - St. Vincent De Paul (920) 457-4844 ext 101
- Se comunicó con el Programa CA Plus a través de Alliant Energy (si la factura de servicios públicos con la que necesita ayuda es Alliant Energy) para discutir la elegibilidad para asistencia financiera. (800) 975-5785
- Hecho un pago personal de \$30 o más en los últimos 60 días.
- Completado y enviado una Solicitud de asistencia de servicios públicos con el Ejército de Salvación para que el trabajador social de necesidades generales pueda comunicarse con usted si califica.

# PRESUPUESTO MENSUAL FAMILIAR

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

Últimos 4 números de seguro: \_\_\_\_\_

## Ingreso mensual

salarios (ingresos netos)	\$
Seguro Social	\$
Disibilidad	\$
Pensión alimenticia	\$
Cupones de alimentos	\$
Otros ingresos	\$
<b>Total, parcial</b>	\$

## Gastos

### Hogar

Hipoteca o Renta	\$
Hipoteca Segundo	\$
teléfono	\$
Luz	\$
calentón/Gas	\$
Agua/alcantarillado	\$
Cable	\$
Internet	\$
Otro	\$
<b>Total, parcial</b>	\$

### transportación

Pago de carro 1	\$
Pago de carro 2	\$
Autobús/Taxi	\$
Gas	\$
Reparación de autos	\$
Otro	\$
<b>Total, parcial</b>	\$

### Aseguranza

Casa	\$
Auto	\$
Vida	\$
Otro	\$
<b>Total, parcial</b>	\$

## Comida

Mandado	\$
Comida afuera	\$
Otro	\$
<b>Total, parcial</b>	\$

## Niños

Facturas médicas	\$
Pañales	\$
Ropa	\$
útiles escolares	\$
Dinero para Lonche	\$
Guardería de niños	\$
Otro	\$
<b>Total, parcial</b>	\$

## Personal

Medicinas	\$
Higiene personal	\$
Productos de papel	\$
Lavada de ropa	\$
Cigarros	\$
Otro	\$
<b>Total, parcial</b>	\$

## Totales

Total, de Hogar	\$
Total, de transportación	\$
Total, de Aseguranza	\$
Total, de Comida	\$
Total, de Niños	\$
Total, de Personal	\$
<b>TOTAL, DE GASTOS</b>	\$

<b>Ingreso Total</b>		\$
<b>Gastos Total</b>	-	\$
<b>Diferencia Total</b>	=	\$

Fecha: \_\_\_\_\_

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

- \_\_\_\_\_ Yo vivo en el condado de Sheboygan
- \_\_\_\_\_ Yo recibí una noticia de desconexión y estoy pidiendo ayuda para el siguiente compañía:
  - \_\_\_\_\_ Alliant Energy
  - \_\_\_\_\_ Wisconsin Public Service
  - \_\_\_\_\_ Sheboygan Falls Utilities
  - \_\_\_\_\_ Sheboygan Water Utility
  - \_\_\_\_\_ Plymouth Utilities
  - \_\_\_\_\_ WE Energies

\_\_\_\_\_ Intenté obtener ayuda de **Energy Services, Inc.**  
Número de teléfono para este programa es 920-287-2800  
Fecha de llamada \_\_\_\_\_ Horario de llamada \_\_\_\_\_  
Persona contactada \_\_\_\_\_  
Resultado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Intenté obtener ayuda de **San Vicente de Paúl**  
Número de teléfono para este programa es 920-457-4844 ext 101  
Fecha de llamada \_\_\_\_\_ Horario de llamada \_\_\_\_\_  
Persona contactada \_\_\_\_\_  
Resultado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Intenté obtener ayuda de la Programa CA Plus a través de Alliant Energy  
Número de teléfono para este programa es 1-800-975-5785  
Fecha de llamada \_\_\_\_\_ Horario de llamada \_\_\_\_\_  
Persona contactada \_\_\_\_\_  
Resultado \_\_\_\_\_

(Continuada)

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Me he puesto en contacto con la compañía de servicios públicos correcta en un intento de hacer arreglos de pago.

WPS 1-800-450-7260

Fecha \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Sheboygan Falls Utilities 920-467-7900

Fecha \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Sheboygan Water Utility 920-459-3800

Fecha \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Plymouth Utilities 920-893-1471

Fecha \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

WE Energies 1-800-842-4565

Fecha \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Alliant Energy 1-800-255-4268

Fecha \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ He realizado un pago personal por la cantidad de \$ 30 o más en los últimos 60 días en un intento de evitar la desconexión.

\_\_\_\_\_ Si ha cumplido con los requisitos anteriores, continúe firmando el formulario de autorización correcto para la utilidad con la que estamos trabajando.

\_\_\_\_\_ cumplí el presupuesto y las copias adjuntas de la información para respaldar las calculaciones.

**Adjunte una copia del aviso de desconexión.**

Devuelva este paquete con todos los documentos necesarios al Ejército de Salvación. Se prefiere la entrega por correo, sin embargo, puede entregar personalmente entre lunes a jueves. 8:30am – 4:00pm (cerrado entre el mediodía y la 1:00pm) o los viernes entre 8:30am y 12:00pm.

El Ejército De Salvación  
710 Pennsylvania Avenue  
Sheboygan WI 53081

El trabajador social de necesidades generales se comunicará con usted con los resultados.

Gracias  
Jane Marotz  
Trabajadora Social de Necesidades Generales

# Centro de Asistencia Energía

Centro de Asistencia Energía/Programa CA+  
Autorización del cliente para  
Acceso a la información de la cuenta

Un Servicio de  Alliant Energy

INFORMACION DE CLIENTE		
Nombre de Cliente(s) (Como aparece en el vil de utilidad)		
números de cuenta de la Compañía de energía y luz de Wisconsin		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de Cliente		
Pueblo	Estado	Código postal

Autorización del Cliente	
<b>Por la presente autorizo</b>	<b><i>El Ejército de Salvación</i></b> (Nombre de Agencia)
<p>para obtener información de mi proveedor de energía, Wisconsin Power and Light Company, sobre mi cuenta, incluyendo uso de energía en el hogar, historial de pagos y otra información relevante de la cuenta y, en caso de que se considere que soy elegible para ser referido al Programa CA +, divulgar dicha información al personal de Energy Services, Inc., o su sucesor, con el fin de ayudar con los servicios de asistencia energética. Entiendo que puedo rescindir este acuerdo en cualquier momento llamando esta agencia al <u>(920) 458-3723</u> (Número de teléfono de Agencia)</p> <p>Entiendo que puedo negarme a permitir el acceso a la información de mi cuenta, pero tal negación puede limitar mi capacidad para obtener servicios de asistencia energética.</p>	
Firma de Cliente	Fecha

NOTAS DE AGENCIA

FM-0405 02/0

# CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL CLIENTE DE SERVICIOS PÚBLICOS

Este formulario fue preparado por la Comisión de Servicio Público de Wisconsin como lo requiere Wis. Stat. § 196.137(4).

Nombre de la entidad solicitante  
(si es aplicable): Ejército de Salvación de Sheboygan

Persona de contacto: Jane Marotz - Trabajadora Social de Necesidades Generales

Dirección de envió: 710 Pennsylvania Ave, Sheboygan WI 53081

Dirección de correo electrónico: Jane.marotz@usc.salvationarmy.org

## INFORMACIÓN REQUERIDA

La persona o entidad identificada anteriormente solicita información del cliente, incluyendo los datos de facturación y uso relacionados con:

Eléctrico  Gas  Agua o  Todos los servicios proporcionados por la empresa de servicios públicos. Dicha información incluye el saldo de su cuenta, el historial de pagos y el uso total por período de facturación. La información proporcionada por la utilidad puede incluir cualquier otra información relacionada con su cuenta contenida en los registros de la utilidad.

## CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

Su información es tratada como privada por la compañía de servicios públicos y solo puede ser divulgada según lo permita Wis. Stat. § 196.137. No está obligado a autorizar su información y su decisión de no autorizar la divulgación no afectará su servicio público. Al firmar este formulario, usted reconoce y acepta que eres el cliente(s) registrado(s) de esta cuenta y que autoriza a la empresa de servicios públicos a divulgar su información de cliente a la entidad solicitante que figura en este formulario. Este consentimiento es válido hasta que cancele su servicio o retire su consentimiento enviando una solicitud por escrito con su nombre y dirección de servicio a la empresa de servicios públicos a la dirección especificada en la parte superior de este formulario.

NÚMERO DE CUENTA DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE SERVICIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE EN MOLDE DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE FIRMA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL CLIENTE: ( ) \_\_\_\_\_

**Complete formularios de consentimiento separados para cada cuenta de servicios públicos.**

