

WEATHERIZATION PROGRAM – APPLICATION FOR WAITLIST



This no-cost program is open to income-qualified households in Jackson County. **This program *does not* provide emergency assistance. Applicants can expect to be on the waitlist for approximately 3 years.**

This application must be completed in full and include the following:
Copy of power & gas bill, INCOMPLETE application will be returned.

Full name:	Email:
Street Address:	
Mailing Address:	Phone Number:

Type of Home: (Mobile, Apartment, Stick Built)	Main Heat Source:	Secondary Heat:	Own or Rent:

Please list all household members (including yourself). Income for all household members must be listed when applying for Weatherization assistance. Please list the gross amount (before deductions) of the monthly income, listed under who receives the income, and the source of income (wages, social security, child support, pension etc.).

Household Members: (Last, First)	Relation to Applicant:	Last 4 SS#:	DOB	Gender	Monthly Income:	Income Source:	Veteran or Disabled:	Native American/Tribe
	Applicant							

Has anyone in your household applied for, or received Energy Assistance? _____

How long have you been at this address? _____

Landlord/Legal Owner's name? _____

Phone: _____ Address: _____

Has this house been previously Weatherized using Federal funding in the past 15 years? _____

CLIENT DISCLAIMER: By signing this form, I certify that the information provided above is accurate and true to the best of my knowledge. I hereby authorize the release of all personal information and records, financial or other records collected from this application to the Oregon Housing and Community Service Department, its agents, and subgrantees for any legitimate purpose, including but not limited to determining eligibility for all available assistance programs and administration, monitoring and reporting requirements related to such programs.

Applicant Signature: _____ Date: _____

3630 Aviation Way | PO Box 4666 | Medford, OR 97501
Office: (541) 779-6691 • www.accesshelps.org • Fax: (541) 779-8886
CCB #111194 • TAX ID #93-0665396

PROGRAMA DE CLIMATIZACION – APLICACION PARA LA LISTA DE ESPERA



Este programa sin costo está disponible a todos los hogares que califiquen por ingreso en el condado de Jackson. **No tenemos asistencia de emergencia disponible en nuestro programa. Aplicantes pueden estar en la lista de espera hasta 3 años.**

Esta solicitud debe ser totalmente completada e incluir lo siguiente.
COPIA de cuenta con Pacific Power y de Avista. Se devolverán solicitudes INCOMPLETAS.

Nobre Completo:	Correo Electronico:
Dirección Física:	
Dirección de Correo:	Número de Teléfono:

¿En qué tipo de hogar vive? (Casa Movil, Apartamento, Casa regular):	Calentón Principal es de:	Calentón Secundario es de:	Dueño o Alquiler:

Por favor nombre todos los miembros en el hogar (incluyéndose usted). Ingreso de todos los miembros en el hogar deben ser indicados cuando apliquen para esta asistencia. Escriba la cantidad en bruto (antes de reductibles) de los ingresos mensuales, quien recibe estos ingresos y de donde (trabajo, seguro social, manutención...).

Miembros en el hogar (Apellido, Nombre)	Relación al Cliente	últimos 4 del numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo/ Género	Ingreso mensual (En bruto)	Recurso de Ingreso	Veterano o Deshabilitado Si / No	Nativo Americano/ Tribu
	Yo Mismo							

¿Alguna persona en su hogar a aplicado/recibido, asistencia de energía? _____

¿Cuánto tiempo ha estado en esta dirección? _____

Nombre legal del dueño: _____

De teléfono: _____ Dirección: _____

¿Ha sido esta casa climatizada previamente usando fondos federales en los últimos 15 años? _____

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE: Al firmar este formulario, confirmo que la información proporcionada anteriormente es completa y precisa según mi leal saber y entender. Por lo presente, autorizo la divulgación de toda la información personal y de cualquier expediente financiero u otro tipo de información recopilada para su uso por parte del Departamento de Oregon Housing and Community Services, y del Departamento de Servicios Comunitarios, así como por sus agentes y entidades afiliadas. Esta información podrá utilizarse para cualquier propósito legítimo, incluyendo, entre otros, la determinación de elegibilidad para todos los programas de asistencia disponibles, así como para la gestión y administración de la información relacionada con dichos programas.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

3630 Aviation Way | PO Box 4666 | Medford, OR 97501
Office: (541) 779-6691 • www.accesshelps.org • Fax: (541) 779-8886
CCB #111194 • TAX ID #93-0665396