

## Lista de verificación para la asistencia energética

### Recibir Asistencia Financiera

- Electricidad
- Gas natural
- Propano

### Programa de Mentoría de Autosuficiencia

- Servicios de apoyo intensivo para individuos y familias para ayudar con la educación, la capacitación laboral y la obtención o aumento de empleo.

Complete la aplicación adjunta y proporcione todos los documentos que se enumeran a continuación. Las solicitudes **DEBEN** tener **TODOS los** documentos requeridos.

**NO se aceptarán aplicaciones incompletas.**

**Por favor, utilice esta lista de comprobación:**

- \_\_\_\_\_ Presentar una copia de la(s) factura(s) de servicios públicos o el estado de cuenta necesario para la asistencia
- \_\_\_\_\_ Complete autorización para Atmos Energy **O** para clientes de City of Austin Energy
- \_\_\_\_\_ Proporcionar **comprobante de ingresos** recibidos en los 30 días anteriores a la fecha de solicitud para **TODOS los** miembros del hogar mayores de 18 años. Consulte la parte posterior de esta página para ver ejemplos.
- \_\_\_\_\_ Formulario completo de Declaración de Ingresos para los miembros del hogar que tienen 18 años de edad o más que no tienen una fuente de ingresos y declaren la razón por la que no tienen una fuente de ingresos.
- \_\_\_\_\_ Formulario completo de Autoidentificación de Discapacidad para los miembros del hogar que son discapacitados y no reciben ingresos por discapacidad.
- \_\_\_\_\_ Formulario de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjero (SAVE, por sus siglas en inglés) incluido en este paquete para **TODOS los** miembros del hogar que listan en la solicitud.
- \_\_\_\_\_ Proporcione **prueba de ciudadanía estadounidense**, residencia legal o documentación de extranjero calificado para miembros del hogar. Por lo general, un **pasaporte estadounidense** o un **certificado de nacimiento de EE. UU.** Consulte la última página de este paquete para obtener documentos adicionales aceptables.
- \_\_\_\_\_ Proporcionar **prueba de identificación (identificación con foto) de** miembros del hogar. Por lo general, **una licencia de conducir**. Consulte la última página de este paquete para obtener documentos adicionales aceptables.

**Esperar al menos 30 días desde el momento en que envió su solicitud antes de llamar para verificar sobre su estado.**

**Ejemplos de ingresos**  
**(consulte nuestro sitio web para obtener una lista completa):**

- Comprobantes de pago de empleo por fecha de pago que incluyen el monto bruto
- Cartas de SS/SSI/SSDI que muestran los beneficios actuales
- Carta de pensión que muestran el ingreso recibido
- Carta de SNAP con los beneficios recibidos en los 30 días anteriores a la fecha de la solicitud. (No se cuenta como parte de los ingresos).
- Carta de desempleo con explicación y ingreso
- Carta de Beneficios de Compensación para Trabajadores
- Cartas de ingreso para veteranos
- Carta de pensión alimenticia
- Comisiones / Tips / Bonificaciones recibidas
- Manutención de los hijos, enumerando las fechas y los pagos recibidos durante los 30 días anteriores a partir de la fecha de la solicitud. (No se cuenta como parte de los ingresos).



## SOLICITUD DE SERVICIOS COMUNITARIOS 2025

Nombre del solicitante	Segundo nombre	Apellido
Dirección física	Apto/Suite	Ciudad Código Postal Williamson Co Burnet Co
Dirección postal para correspondencia	Apto/Suite	Ciudad Código Postal Williamson Co Burnet Co
Correo electrónico para correspondencia	Número de teléfono de contacto	Lengua materna
<b>CÍRCULO DE ABAJO</b>		
Información sobre la vivienda	Tipo de vivienda	Servicios Recibidos de OWBC el año anterior?
Alquilar    Dueño	Casa    Apartamento    Casa Móvil    Otro	No    Yes
Su(s) necesidad(es) inmediata(s):		
CEAP (Asistencia de Servicios Públicos)		Autosuficiencia (Gestión de Casos)

**Presentar la aplicación y los documentos a:** (\*Asegúrese de escanear o enviar por fax AMBOS lados cuando envíe su solicitud).

Correo electrónico: <a href="mailto:Utilities@owbc-tx.org">Utilities@owbc-tx.org</a> Teléfono: 512-763-1400	Correo: 604 High Tech Dr Georgetown Tx. 78626	Área de servicio: Condados de Williamson y Burnet
En línea: <a href="https://www.owbc-tx.org">https://www.owbc-tx.org</a>	Horario de oficina: De lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.	Fax: 512 763 1411* "Enviado" NO es una confirmación de recepción

**Si envía un correo electrónico, recibirá una respuesta automática por correo electrónico informándole que recibimos su solicitud por correo electrónico.  
Por favor, guarde esto para sus registros.**

# Opportunities

for Williamson & Burnet Counties

**INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR** — Enumere a **CADA MIEMBRO** del hogar, incluidos todos los adultos, menores, familia extendida, amigos y compañeros de cuarto que viven en la casa. No duplique nombres. Si hay más de seis en un hogar, agregue los miembros a una copia en blanco de esta página.

**APLICANTE**

<b>Nombre y Apellido</b>					
<b>Fecha de nacimiento:</b> / /		<b>Edad:</b>	<b>Género:</b> Masculino Femenino		<b>Cuantos Miembros:</b>
<b>Relación con el solicitante</b> <b>PROPIO</b>					
<b>Estatus militar</b> Veterano Activo		Menor/Nunca Servido Adulto/No reportado		<b>Educación</b> 0-8 9-11 GED Grado Prepa Post Secundaria Graduado de 2 a 4 años	<b>Estado de trabajo</b> Empleado TC Empleador MT Jubilado No jubilado / No en la fuerza laboral Desempleado más de 6 meses Trabajador migrante Menores de 18 años
<b>Origen étnico</b> Hispanos/Latinos No Hispanos/Latinos					
<b>Raza</b> Nativo Am/Alaska Asiático Negro/Africano Am Blanco Nativo de Hawái/Isla del Pacífico Multi-Raza Otro					
<b>Fuente de Seguro de salud</b> Medicaid Medicare Seg del Estado Adulto Compra Directa Militar Basado en el empleo CHIP Sin seguro				<b>¿Deshabilitado?</b> Sí No	<b>¿Beneficios no monetarios SNAP?</b> Sí No
				<b>¿Recibe ingresos por discapacidad?</b> Sí No	
<b>Encierre en un círculo cualquier otra fuente de ingresos:</b> SSI SSDI Discapacidad de Ser. VA Discapacidad de No Ser. VA. Discapacidad Privada Pensión Manutención de los hijos TANF Compensación de Trabajadores Seguro Socia Seguro de desempleo					

**MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR**

<b>Nombre y Apellido</b>					
<b>Fecha de nacimiento</b> / /		<b>Edad:</b>	<b>Género:</b> Masculino Femenino		<b>Relación con el solicitante</b>
<b>Estatus militar</b> Veterano Activo		Menor/Nunca Servido Adulto/No reportado		<b>Educación</b> 0-8 9-11 GED Grado Prepa Post Secundaria Graduado de 2 a 4 años	<b>Estado de trabajo</b> Empleado TC Empleador MT Jubilado No jubilado / No en la fuerza laboral Desempleado más de 6 meses Desempleados menores de 6 meses Trabajador migrante Menores de 18 años
<b>Origen étnico</b> Hispanos/Latinos No Hispanos/Latinos					
<b>Raza</b> Nativo Am/Alaska Asiático Negro/Africano Am Blanco Nativo de Hawái/Isla del Pacífico Multi-Raza Otro					
<b>Fuente de Seguro de salud</b> Medicaid Medicare Seg. del Estado Adulto Compra Directa Militar Basado en el empleo CHIP Sin seguro				<b>¿Deshabilitado?</b> Sí No	<b>¿Beneficios no monetarios SNAP?</b> Sí No
				<b>¿Recibe ingresos por discapacidad?</b> Sí No	
<b>Encierre en un círculo cualquier otra fuente de ingresos:</b> SSI SSDI Discapacidad de Ser. VA Discapacidad de Ser. VA. Discapacidad Privada Pensión Manutención de los hijos TANF Compensación de Trabajadores Seguro Socia Seguro de desempleo					

# Opportunities

for Williamson & Burnet Counties

**INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR** — Enumere a **CADA MIEMBRO** del hogar, incluidos todos los adultos, menores, familia extendida, amigos y compañeros de cuarto que viven en la casa. No duplique nombres. Si hay más de seis en un hogar, agregue los miembros a una copia en blanco de esta página.

**MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR**

<b>Nombre y Apellido</b>									
<b>Fecha de nacimiento</b> / /		<b>Edad:</b>		<b>Género:</b> Masculino Femenino			<b>Relación con el solicitante</b>		
<b>Estatus militar</b> Veterano Activo Menor/Nunca Servido Adulto/No reportado				<b>Educación</b> 0-8 9-11 GED Grado Prepa Post Secundaria Graduado de 2 a 4 años		<b>Estado de trabajo</b> Empleado TC Empleado MT Jubilado No jubilado / No en la fuerza laboral Desempleado más de 6 meses Desempleados menores de 6 meses Trabajador migrante Menores de 18 años			
<b>Origen étnico</b> Hispanos/Latinos No Hispanos/Latinos									
<b>Raza</b> Nativo Am/Alaska Asiático Negro/Africano Am Blanco Nativo de Hawái/Isla del Pacífico Multi-Raza Otro									
<b>Fuente de Seguro de salud</b> Medicaid Medicare Seg. del Estado Adulto Compra Directa Militar Basado en el empleo CHIP Sin seguro					<b>¿Deshabilitado? Sí No</b> <b>¿Recibe ingresos por discapacidad? Sí No</b>		<b>¿Beneficios no monetarios SNAP? Sí No</b>		
<b>Encierre en un círculo cualquier otra fuente de ingresos:</b> SSI SSDI Discapacidad de Ser. VA Discapacidad de Ser. VA Discapacidad Privada Pensión Manutención de los hijos TANF Compensación de Trabajadores Seguro social Seguro de desempleo									

**MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR**

<b>Nombre y Apellido</b>									
<b>Fecha de nacimiento</b> / /		<b>Edad:</b>		<b>Género:</b> Masculino Femenino			<b>Relación con el solicitante</b>		
<b>Estatus militar</b> Veterano Activo Menor/Nunca Servido Adulto/No reportado				<b>Educación</b> 0-8 9-11 GED Grado Prepa Post Secundaria Graduado de 2 a 4 años		<b>Estado de trabajo</b> Empleado TC Empleado MT Jubilado No jubilado / No en la fuerza laboral Desempleado más de 6 meses Desempleados menores de 6 meses Trabajador migrante Menores de 18 años			
<b>Origen étnico</b> Hispanos/Latinos No Hispanos/Latinos									
<b>Raza</b> Nativo Am/Alaska Asiático Negro/Africano Am Blanco Nativo de Hawái/Isla del Pacífico Multi-Raza Otro									
<b>Fuente de Seguro de salud</b> Medicaid Medicare Seg. del Estado Adulto Compra Directa Militar Basado en el empleo CHIP Sin seguro					<b>¿Deshabilitado? Sí No</b> <b>¿Recibe ingresos por discapacidad? Sí No</b>		<b>¿Beneficios no monetarios SNAP? Sí No</b>		
<b>Encierre en un círculo cualquier otra fuente de ingresos:</b> SSI SSDI Discapacidad de Ser. VA Discapacidad de Ser. VA Discapacidad Privada Pensión Manutención de los hijos TANF Compensación de Trabajadores Seguro social Seguro de desempleo									

# Opportunities

for Williamson & Burnet Counties

**INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR** — Enumere a **CADA MIEMBRO** del hogar, incluidos todos los adultos, menores, familia extendida, amigos y compañeros de cuarto que viven en la casa. No duplique nombres. Si hay más de seis en un hogar, agregue los miembros a una copia en blanco de esta página.

## MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR

<b>Nombre y Apellido</b>									
<b>Fecha de nacimiento</b> / /		<b>Edad:</b>		<b>Género:</b> Masculino Femenino			<b>Relación con el solicitante</b>		
<b>Estatus militar</b> Veterano Activo Menor/Nunca Servido Adulto/No reportado				<b>Educación</b> 0-8 9-11 GED Grado Prepa Post Secundaria Graduado de 2 a 4 años		<b>Estado de trabajo</b> Empleado TC Empleado MT Jubilado No jubilado / No en la fuerza laboral Desempleado más de 6 meses Desempleados menores de 6 meses Trabajador migrante Menores de 18 años			
<b>Origen étnico</b> Hispanos/Latinos No Hispanos/Latinos									
<b>Raza</b> Nativo Am/Alaska Asiático Negro/Africano Am Blanco Nativo de Hawái/Isla del Pacífico Multi-Raza Otro									
<b>Fuente de Seguro de salud</b> Medicaid Medicare Seg. del Estado Adulto Compra Directa Militar Basado en el empleo CHIP Sin seguro					<b>¿Deshabilitado?</b> Sí No		<b>¿Beneficios no monetarios SNAP?</b> Sí No		
					<b>¿Recibe ingresos por discapacidad?</b> Sí No				
<b>Encierre en un círculo cualquier otra fuente de ingresos:</b> SSI SSDI Discapacidad de Ser. VA Discapacidad de Ser. VA Discapacidad Privada Pensión Manutención de los hijos TANF Compensación de Trabajadores Seguro social Seguro de desempleo									

## MIEMBRO ADICIONAL DEL HOGAR

<b>Nombre y Apellido</b>									
<b>Fecha de nacimiento</b> / /		<b>Edad:</b>		<b>Género:</b> Masculino Femenino			<b>Relación con el solicitante</b>		
<b>Estatus militar</b> Veterano Activo Menor/Nunca Servido Adulto/No reportado				<b>Educación</b> 0-8 9-11 GED Grado Prepa Post Secundaria Graduado de 2 a 4 años		<b>Estado de trabajo</b> Empleado TC Empleado MT Jubilado No jubilado / No en la fuerza laboral Desempleado más de 6 meses Desempleados menores de 6 meses Trabajador migrante Menores de 18 años			
<b>Origen étnico</b> Hispanos/Latinos No Hispanos/Latinos									
<b>Raza</b> Nativo Am/Alaska Asiático Negro/Africano Am Blanco Nativo de Hawái/Isla del Pacífico Multi-Raza Otro									
<b>Fuente de Seguro de salud</b> Medicaid Medicare Seg. del Estado Adulto Compra Directa Militar Basado en el empleo CHIP Sin seguro					<b>¿Deshabilitado?</b> Sí No		<b>¿Beneficios no monetarios SNAP?</b> Sí No		
					<b>¿Recibe ingresos por discapacidad?</b> Sí No				
<b>Encierre en un círculo cualquier otra fuente de ingresos:</b> SSI SSDI Discapacidad de Ser. VA Discapacidad de Ser. VA Discapacidad Privada Pensión Manutención de los hijos TANF Compensación de Trabajadores Seguro social Seguro de desempleo									



**Proporcionar la siguiente información para Asistencia Financiera — Electricidad — Gas — Propano**

<b>Tipo de aire acondicionado utilizado:</b>	Unidad Eléctrica Central	Unidad de Ventana	Enfriador evaporativo	Otro	Ninguno
<b>Tipo de calentador utilizado:</b>	Unidad Eléctrica Central	Unidad Central de Gas	Tanque de propano	Otro	Ninguno

**Enumere los nombres de sus proveedores a continuación:**

Eléctrico:	Nº de cuenta.:	Se utiliza para: Calentar o enfriar
Gas:	Nº de cuenta.:	Se utiliza para: Calentar o enfriar
Propano:	Nº de cuenta.:	Se utiliza para: Calentar o enfriar

Pagar a:      Directo a la compañía de servicios públicos                      Directo al arrendador                      Incluido en el alquiler

**AUTORIZACIÓN DE LA SOLICITUD**

- ◆ Entiendo que los ingresos brutos (antes de impuestos) de mi hogar se han anualizado, en el momento de la solicitud, de acuerdo con el procedimiento preestablecido de la agencia.
- ◆ Soy consciente de que estoy sujeto a enjuiciamiento por proporcionar información falsa o fraudulenta en esta solicitud. También entiendo que recibir asistencia a través de tergiversación o fraude se castiga con multa o prisión.
- ◆ Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad, la cantidad de asistencia recibida o una demora en el servicio.
- ◆ Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. para solicitar/verificar información, incluidas las facturas de servicios públicos y/o combustible (si solicita asistencia de servicios públicos) y la verificación de empleo, tanto pasada como futura, en la medida en que la información se utilice solo para determinar la elegibilidad y proporcionar datos.
- ◆ Soy un solicitante de Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. Por la presente, doy mi permiso para divulgar y verificar toda la información solicitada y entiendo que se mantendrá en estricta confidencialidad para ser utilizada solo con fines del programa. Entiendo que una fotocopia de este comunicado es tan válida como el original y puede usarse para obtener información de empleo o verificar otros datos.
- ◆ Entiendo que si me mudo de residencia o cambio de compañía de servicios públicos, debo notificar a Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. dentro de 5 días hábiles con mi nueva compañía de servicios públicos, número de cuenta y nombre en la cuenta. Si no notifico a Opportunities for Williamson and Burnet Counties, Inc. de mi nueva compañía de servicios públicos, perderé todos los pagos adeudados. Cuando se proporciona la información, se puede restablecer la asistencia restante. (Si solicita asistencia para servicios públicos).
- ◆ Entiendo que si mi factura mensual actual excede el acuerdo de pago para ese mes, soy responsable del saldo restante adeudado al proveedor. En caso de que me desconecten por falta de pago del saldo restante adeudado al proveedor, seré rescindido del programa de Asistencia de Servicios Públicos y este acuerdo quedará sin efecto. (Si solicita asistencia para servicios públicos).
- ◆ Entiendo que mi solicitud se procesará de acuerdo con las pautas establecidas y la información se completa, se firma y se proporcionó la documentación adecuada según lo solicitado o mi solicitud será denegada.

<b>FIRMA DEL SOLICITANTE</b>	Fecha:      /      / 2025
------------------------------	---------------------------

**FIRMA DEL PROCESADOR**



# FORMA SAVE

Para ASISTENCIA  
ENERGÉTICA

**Sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE) y Ciudadanía de EE. UU. / Nacional de EE. UU.**

Este es un **DOCUMENTO REQUERIDO** para la Asistencia Energética  
Proporcione la información solicitada para CADA miembro del hogar

Formulario de certificación del solicitante para los subreceptores de CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP y SHTF, ESG, HHSP, EH (solo subdivisión política)

El programa para el cual está solicitando requiere la verificación de que usted es ciudadano estadounidense, nacional no ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Se requiere documentación de su estado. Esta agencia utiliza el Sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE, por sus siglas en inglés) para verificar el estatus de los no ciudadanos.

**Complete las tres columnas blancas a continuación y proporcione prueba de ciudadanía e identificación de EE. UU.:**

Nombre de CADA miembro del hogar	Ciudadano estadounidense (nacido o naturalizado) o Nacionales de EE. UU. (Sí/No)	Extranjero Calificado (Sí/No)	Documentación aportada para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación
Ejemplo: James Smith	Ejemplo: Sí	Ejemplo: No	(OWBC para completar)	(OWBC para completar)

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

SOY CONSCIENTE DE QUE ESTOY SUJETO A ENJUICIAMIENTO POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO.

		SIGN HERE	/ /2025
<b>Firma del solicitante arriba</b>			<b>Fecha</b>
<b>SOLO PARA EL PERSONAL</b>			
Firma del Coordinador	Nombre en letra de imprenta del coordinador		Fecha

Para ver ejemplos de documentos aceptables, revise la página principal del paquete o nuestro sitio web para ver opciones extensas: [www.owbc-tx.org](http://www.owbc-tx.org)

Actualizado en noviembre de 2024, versiones anteriores obsoletas



## DECLARACIÓN DE INGRESOS

Nombre completo del solicitante	Sufijo
---------------------------------	--------

Dirección	Ciudad	Código postal
-----------	--------	---------------

**Anote a los miembros del hogar mayores de 18 años que no recibieron ingresos en el período de 30 días anterior de la fecha de la solicitud de asistencia.**

Nombre	Ingresos brutos mensuales recibidos
Nombre	Ingresos brutos mensuales recibidos
Nombre	Ingresos brutos mensuales recibidos
Nombre	Ingresos brutos mensuales recibidos

**Eres alguien que no recibe ingresos:**

<p>• <b>EXPLICACIÓN:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--

- Yo certifico que la información proveída de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.
- Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveído información falsa o fraudulenta

➤ Firma del solicitante	Fecha
	/ / 2025

## Autoidentificación de la discapacidad

Solicitante – Los miembros discapacitados del hogar que NO reciben beneficios en efectivo por discapacidad proporcionados por el gobierno federal, o que no pueden proporcionar pruebas, pueden identificarse como discapacitados revisando las Leyes y los beneficios a continuación para dar fe.

Este formulario **DEBE** estar firmado por el miembro discapacitado del hogar o su tutor.

Nombre del solicitante:
Nombre de la persona con discapacidad:
Relación de la Persona con Discapacidad con el Solicitante:

Persona con discapacidad es cualquier individuo que es:

- ❖ Una persona discapacitada según se define en §7(9) de la Ley de Rehabilitación de 1973;
- ❖ Bajo una discapacidad según se define en §1614(a)(3)(A) o §223(d)(1) de la Ley del Seguro Social o en §102(7) de la Ley de Servicios e Instalaciones para Discapacidades del Desarrollo y Ley de Construcción de Instalaciones; o
- ❖ Recibir beneficios bajo 38 U.S.C. Capítulo 11 o 15.

*Por la presente, autorizo a la persona mencionada anteriormente, con el fin de confirmar la elegibilidad como Persona con Discapacidad, está de acuerdo con la definición mencionada anteriormente de Persona con Discapacidad.*

*Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y es accesible para mí durante el horario comercial normal.*

Firma de la persona con discapacidad o de su tutor	Fecha  / / 2025
--	-----------------------



**For Austin Energy Customers Only**

**Please FAX completed form to:  
Austin Energy at (512) 505-4020  
If you have questions please call (512) 494-9400**



## Release of Customer Information Authorization Form

**PURPOSE:** This Release of Customer Information Authorization Form allows a City of Austin utility account holder (“Account Holder”) to delegate certain rights to an authorized party (“Authorized Party”) concerning account holder’s service(s), including authorizing receipt of confidential customer account information. This form must be completed in its entirety and signed by the Account Holder or by someone who has legal authority to bind the Account Holder.

**AUTHORIZATION:** I, \_\_\_\_\_ (printed name), state that I am the City of Austin (“City”) utility services Account Holder and hereby request and authorize the City to release my utility customer account information to:

Authorized Party: Opportunities for Williamson & Burnet Counties  
Address: 604 High Tech Drive, Georgetown, TX 78626  
Phone Number: 512-763-1400 Fax Number: 512-763-1411  
Email Address: utilities@owbc-tx.org

The scope of access to my account information is authorized as follows:  
(Account Holder must initial Restricted or Unrestricted)

     Limited Access                      Authorized Party may do the following: (check any or all that apply)  
 Usage and Financial Information Only  
 Usage and Financial Access  
 Facilities / Property Management Access  
 Account Manager  
Other: \_\_\_\_\_

  X   Full Access                      Authorized Party may conduct any transactions and receive any information regarding my utility service account.

This authorization is valid for:  
(Account Holder must initial)

- One-time only-Authorized Party is granted access one time.
- X   One year period-Authorized Party is granted access for twelve months from the date of execution of this form.
- Date specific -- Authorized Party is granted access until (date).
- Account closes -- Authorized Party is granted access until the utility account is closed.

\* If no time period is specified, authorization will be limited to a one-time authorization

I request that the City provide information to the Authorized Party in the format checked below, but I understand the City will provide the information in the format it deems most appropriate.  
(check all that apply)

- Hard copy via US Mail (if applicable) \_\_\_\_\_
- Facsimile to telephone number: \_\_\_\_\_
- Electronic mail to email address: utilities@owbc-tx.org \_\_\_\_\_
- On-Line Customer Care Access: \_\_\_\_\_
- Telephone at: \_\_\_\_\_

I understand that this Authorization does not require the City to release information, and the City retains the right to verify any authorization request submitted before releasing information or taking any action.

I hereby release, hold harmless, and indemnify the City from any liability, claims, demands, and causes of action, damages, or expenses resulting from:

- 1) any release of information pursuant to this Authorization;
- 2) the unauthorized use of this information by the Authorized Party; and
- 3) any actions taken by the Authorized Party pursuant to this Authorization.


**I understand that I may cancel this Authorization at any time by notifying the City in writing. I acknowledge I am signing this Authorization under my own free will and not under duress. I certify that the authorized party does not benefit from utilities at the service address listed.**

Account Holder's Signature \_\_\_\_\_  Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2025

Account Holder's Printed Name \_\_\_\_\_ 

Account Holder's Identification:


Social Security Number     X         X     \_\_\_\_\_


  Driver's License Number \_\_\_\_\_

or Tax Identification Number \_\_\_\_\_

or Other Identification Number \_\_\_\_\_

 Utility Service Address: \_\_\_\_\_

 Utility Service Account Number: \_\_\_\_\_

 Account Holder Daytime Phone Number: \_\_\_\_\_

**Solo para clientes de Atmos Energy**

**CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE Y **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN****

Doy permiso a **OPPORTUNITIES FOR WILLIAMSON & BURNET COUNTIES** para recopilar e ingresar mi información personal y familiar en el sistema informático MAACLink.

Entiendo que el sistema MAACLink es compartido y utilizado por agencias autorizadas en mi comunidad con el propósito de:

1. Evaluar las necesidades de las personas de bajos ingresos, sin hogar u otras personas con necesidades especiales con el fin de brindar una mejor asistencia y mejorar su situación actual o futura.
2. Mejorar la calidad de la atención y el servicio para las personas necesitadas.
3. Seguimiento de la efectividad de los esfuerzos de la comunidad para satisfacer las necesidades de las personas que han recibido asistencia.
4. Informar datos a nivel agregado que no identifican a personas específicas ni su información personal.

Comprendo que:

- Firmar este formulario de autorización no garantiza que recibiré asistencia.
- Puedo revocar mi autorización completando un formulario de revocación.
- Personas u organizaciones no autorizadas no pueden obtener acceso a mi información sin mi consentimiento.

Titular de la cuenta	Número de cuenta	Usuario autorizado
Nombre del cliente impreso	Firma del cliente	Fecha / / 2025
Nombre impreso del procesador	Firma del procesador	Fecha / / 2025

(Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente)

# Documentación aceptable para establecer la ciudadanía e identidad de los Estados Unidos para los subreceptores de CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP y SHTF, ESG, HHSP y EH (solo subdivisión política)

## Documentos que establecen tanto la ciudadanía como la identidad:

Pasaporte o tarjeta de pasaporte estadounidense totalmente válido y en buen estado (puede estar vencido). Si el miembro del hogar tiene pasaporte estadounidense o tarjeta de pasaporte, no se necesita más documentación. Tarjeta de membresía o inscripción tribal de indios americanos o nativos de Alaska con fotografía

### Si el miembro del hogar no tiene pasaporte estadounidense o tarjeta de pasaporte, debe establecer ciudadanía e identidad:

Todos los miembros adultos y niños del hogar deben tener

**uno** de los siguientes:

- Certificado de nacimiento o registro de nacimiento (incluidas las tarjetas de certificado de nacimiento) emitido por la Oficina Estatal de Estadísticas Vitales correspondiente o agencia equivalente de un gobierno estatal o local de EE. UU., un territorio, o el Distrito de Columbia
- Consular Report of Birth Abroad or Certification of Birth / US Department of State Certificate of Birth Abroad issued to US citizens born abroad (Form FS-240, DS-1350, or FS-545)
- Decreto de adopción oficial que enumera el lugar de nacimiento del individuo en un estado de EE. UU., un territorio de EE. UU. o el Distrito de Columbia
- Registro militar que indique el lugar de nacimiento del individuo en EE. UU. estado, un territorio de EE. UU. o el Distrito de Columbia

### Ciudadanía para adultos y niños miembros del hogar

**dos** de los siguientes:

- Certificado de nacimiento del hospital (a menudo muestra las huellas del bebé)<sup>2</sup>
- Registro del censo de EE. UU.<sup>2</sup>
- Registros escolares tempranos<sup>2</sup>
- Registros médicos de atención posnatal<sup>2</sup>
- Certificado de bautismo<sup>2</sup>
- Registro bíblico familiar<sup>2</sup>
- Formulario DS-10: Declaración Jurada de Nacimiento<sup>3</sup>

Nota: Si la documentación de ciudadanía de un miembro del hogar incluye su apellido de soltera en lugar de su apellido de casada, el nombre y fecha de nacimiento en la identificación del miembro del hogar debe coincidir con el nombre y la fecha de nacimiento en la ciudadanía documentación.

## Y

### Identidad para miembros adultos (mayores de 18 años) del hogar debe tener:

**uno** de los siguientes:

- Licencia de manejar de Texas o identificación con fotografía dentro de los dos años posteriores a su vencimiento
- Identificación de empleado del gobierno (ciudad, condado, estado o federal)
- Identificación militar o de dependiente militar de EE. UU.
- Pasaporte extranjero vigente (válido)
- Matrícula Consular (identificación consular mexicana): comúnmente utilizada por los padres de un niño solicitante ciudadano estadounidense.
- Identificaciones de viajero confiables (incluidas tarjetas válidas de Global Entry, FAST, SENTRI y NEXUS)
- Tarjetas tribales con fotografía e identificaciones con fotografía de tribus nativas americanas
- Licencia de conducir temporal con fotografía.
- Licencia de conducir de otro estado o identificación de no conductor con fotografía dentro **O** 60 días de vencimiento
- Licencia de arma de fuego oculta (tarjeta real)<sup>†</sup>
- Pasaporte extranjero vigente
- Un documento consular válido emitido por un gobierno estatal o nacional.
- Tarjeta de identificación de delincuente de Texas o forma similar de identificación emitida por TDCJ
- Tarjeta de identificación federal de recluso

**dos** de los siguientes:

- Permiso de aprendizaje o de conducir temporal (sin fotografía)
- Identificación de no conductor totalmente válida dentro del estado (sin fotografía)
- Licencia de conducir temporal (sin fotografía)
- Tarjeta de registro de votante (tarjeta real)<sup>†</sup>
- Identificación de trabajo del empleado
- Identificación de estudiante
- Anuario escolar con fotografía identificable
- Tarjeta de Servicio Selectivo (draft)
- Medicare u otra tarjeta sanitaria
- Original o copia certificada de un certificado de nacimiento o registro de nacimiento emitido por la Oficina Estatal de Estadísticas Vitales correspondiente o agencia equivalente de un gobierno estatal o local de EE. UU., un territorio de EE. UU., el Distrito de Columbia o una provincia canadiense.
- Original o copia certificada del Departamento de Estado de EE.UU. Certificado de Nacimiento en el Extranjero emitido a ciudadanos estadounidenses nacidos en el extranjero [Formulario FS-240, DS-1350 o FS-545]
- Original o copia certificada de la orden judicial con nombre y fecha de nacimiento que indique un cambio oficial de nombre y/o género de un estado de EE. UU., un territorio de EE. UU., el Distrito de Columbia o un
- Licencia de piloto (tarjeta real)<sup>†</sup>
- Certificado de libertad condicional o liberación obligatoria del Departamento de Justicia Penal de Texas (TDCJ)
- Licencia profesional emitida por la agencia estatal de Texas
- Formulario W-2 o 1099
- Registros escolares (por ejemplo, boletas de calificaciones, tarjetas de identificación con fotografía, etc.)<sup>†</sup>
- Registros militares (por ejemplo, formulario DD-214)
- Tarjeta de identificación de dependiente militar estadounidense vigente (tarjeta vigente)
- Tarjeta de identificación sanitaria de veterano (VHIC—tarjeta actual)
- Tarjeta de Servicio Selectivo (tarjeta real)
- Original o copia certificada de un certificado de matrimonio o sentencia de divorcio (jurisdicción estadounidense o jurisdicción extranjera - si no está en inglés, debe acompañarlo una traducción certificada) (años)
- Registro o título actual de vehículo motorizado de Texas.
- Registro o título de embarcación vigente en Texas
- Registros de vacunación<sup>†</sup>
- Certificado de liberación o libertad condicional federal
- Tarjeta de membresía tribal de una tribu reconocida a nivel federal (sin fotografía)

Documentación aceptable para establecer la ciudadanía e identidad de los Estados Unidos para los subreceptores de CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP y SHTF, ESG, HHSP y EH (solo subdivisión polític

**Identidad para miembros del hogar menores de 18 años:**

Utilice el mismo método que para identificar a los adultos (como se indica en la página anterior)

O

Establecer una relación de padre/tutor utilizando uno de los siguientes documentos (el documento debe incluir el nombre del padres/tutores):

- Certificado de nacimiento estadounidense (también prueba de ciudadanía estadounidense)
- Informe Consular de Nacimiento en el Extranjero (también prueba de nacimiento en los EE.UU.).
- Certificado de nacimiento extranjero
- Decreto de adopción
- Decreto de divorcio/custodia
- Acuerdo de autorización notariado vigente para voluntariado Cuidador adulto firmado por al menos uno de los padres del niño o tutores legales<sup>4</sup>
- Formularios del Departamento de Servicios Familiares y de Protección 2085FC, 2085HCS, 2085KO y 2085LR son aceptables, si la línea 12 indica que la colocación del niño es por el 50% o más de un mes.

El padre/tutor debe presentar la documentación que figura en Identidad para adultos (18 años y mayores), para confirmar que son los padre/tutor enumerado en el documento que establece la relación entre padre/tutor

Y

1. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. no ha brindado orientación específica con respecto a la documentación de identidad o ciudadanía. Si el HHS proporciona orientación o promulga regulaciones, el Departamento de Texas

2. Los documentos públicos o privados tempranos son documentos que fueron creados y/o emitidos tempranamente en la vida del solicitante, preferiblemente en los primeros cinco años.

3. Disponible en el sitio web del Departamento de Estado de EE. UU. en <http://eforms.state.gov>

4. Disponible en el sitio web del Departamento de Servicios Familiares y de Protección de Texas en [https://www.dfps.state.tx.us/site\\_map/forms.asp](https://www.dfps.state.tx.us/site_map/forms.asp)

\*El documento debe ser emitido por una institución, entidad o agencia gubernamental de un estado de EE. UU., un territorio de EE. UU., el Distrito de Columbia o una provincia de Canadá.