

Caso# \_\_\_\_\_

Uso de Oficina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Combined Community Action

165 West Austin St. Giddings TX 78942  
979.540.2980 . 800.688.9065 . Fax 979-542.9565  
www.ccaction.com

### Comprehensive Energy Assistance Program Solicitud para Servicios

**\*\*Actualización: CCA solamente Pagará las porciones de electricidad y/o gas proveídas por ciudades locales.\*\***

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

Condado: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

(Primero)

(Apellido)

**Tenemos que poder localizarlo**

Dirección: \_\_\_\_\_

(Número de Casa)

(Calle)

(Apt#)

(Ciudad)

(Código Postal)

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Composición Y Características del Hogar** – Apunta el nombre de la persona responsable del hogar y todas las personas que viven en el hogar. Indica cual es la relación de cada miembro a la persona responsable del hogar.

Nombre del Miembro(s) en el Hogar	Relación a la persona responsable del hogar	Raza	Sexo	Alto Nivel de Educación	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
	Mismo					

**Información de Ingresos** – Incluya sueldo, salario, Compensación de Desempleo, ingresos de tiempo parcial, ingresos estacional, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplemental y cualquier otro tipo de ingresos o beneficios que el hogar está recibiendo.

Nombre del Miembro(s) en el Hogar	Fuente de Ingresos (Incluya el nombre del empleador)	Cantidad de ingresos 30 días antes de la fecha de esta aplicación

**Proveedores de Utilidades:**

Proveedor electric \_\_\_\_\_

Proveedor de gas o propano (si lo usa para calentar su casa) \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información proveída en esta aplicación es verdadera y correcta según mi conocimiento y creencia.

Caso# \_\_\_\_\_

Uso de Oficina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene un aviso de desconexión? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

DESCRIBA QUE ASISTENCIA NECESITA –Por favor escriba una explicación porque necesita ayuda y cuáles son las necesidades que requiere asistencia.

---

---

---

---

---

---

---

Puede entregar su aplicación en las siguientes maneras:

Por Correo: COMBINED COMMUNITY ACTION, INC.  
Attn: Family Services Dept  
165 West Austin Street  
Giddings, Texas 78942

Por Fax: 979.542.9565

Cuando mande por fax o si escanea – por favor incluya ambos lados. Todas las páginas deben de ser mandadas de una sola vez.

Correo electrónico: [jripper@ccaction.com](mailto:jripper@ccaction.com)  
[gmacias@ccaction.com](mailto:gmacias@ccaction.com)

CCA se comunicará con usted por teléfono cuando citas son planeadas. Completando esta solicitud **NO** garantía asistencia. Asistencia es basada si el solicitante es elegible, **DISPONIBILIDAD** de fondos y disponibilidad de citas. Una solicitud incompleta puede ser **NEGADA**. Si le dan una cita, más información será necesaria.

Si tiene preguntas adicionales por favor comuníquese con nuestra agencia.

Uso de Oficina:
