



## Steps to complete your Project DESERVE application

- ✓ Determine which program category your household meets (page 1)
- ✓ Complete the *Household Information* section for all members of your household (page 1)  
*Reminder: Utility bill must be in the name of an adult living in your household*
- ✓ Print your complete address including your county (page 1)
- ✓ Check the reason for utility bill assistance (page 1)
- ✓ Provide complete budget and income information (page 2)
- ✓ Please submit the *Required Verification* listed below (page 3)
  - Current verification for each source of income in your household for the most recent 30 days
  - Current utility bill
  - One other utility bill or phone bill in your name at this address*Please do not include originals as they will be destroyed after review*
- ✓ Carefully read the check marked items on the application (page 3)
- ✓ Submit the application and all supporting documentation by:
  - Email: [ProjectDeserve@centerofhopeinc.org](mailto:ProjectDeserve@centerofhopeinc.org)
  - Fax: (316) 267-7778
  - Mail: Center of Hope, Inc.  
Project DESERVE  
P.O. Box 3237  
Wichita, KS 67201
  - Online: centerofhopeinc.org

### Additional reminders:

- Please print legibly.
- Assistance is determined on the basis of need, subject to the availability of funds.
- Assistance is available only one time during a 12-month period.
- If your application is denied, you are eligible to reapply.
- Please be sure to use adequate postage when returning your application and supporting material via mail.

*Please call Center of Hope at (316) 219-2121 if you have any questions.*



# Solicitud de Project DESERVE

Este programa da ayuda a los clientes actuales de Westar Energy. Las solicitudes se pueden entregar por el servicio de correos a Center of Hope Inc., P.O. Box 3237, Wichita, KS 67201; por fax (316) 267-7778; o por correo electronico [ProjectDeserve@centerofhopeinc.org](mailto:ProjectDeserve@centerofhopeinc.org). Inscripcion por internet esta disponible en [centerofhopeinc.org](http://centerofhopeinc.org). Favor de leer la pagina 3 para más información importante y requisitos. La ayuda se basa en los fondos disponibles y determinada para las primeras solicitudes recibidas y que demuestren que necesitan la ayuda financiera.

Un miembro de su casa tiene que satisfacer una de las siguientes categorías para ser elegible para este programa: (marque todos los que le apliquen)

Tiene 65 años o mas o recibe ingresos permanentes por discapacidad de SSI o SSD

O

Satisface las estipulaciones de los ingresos de abajo

Si es aprobado, usted será atendido con la cantidad adeudada en su cuenta en el momento de la revisión, hasta \$ 300.

Si es aprobado, usted será atendido con la cantidad adeudada en su cuenta en el momento de la revisión, hasta \$ 100.

Información de casa			
Haga una lista de <b>todos</b> los miembros de su casa. Su cuenta de Westar tiene que estar a nombre de un adulto que vive en su casa. Empiece con la persona a cual el nombre esta la cuenta. <i>Por favor escriba claro</i>			
Nombre (apellido, primer nombre, medio) (todos en casa)	Numero de seguro social (solo adultos)	Sexo M o F	Edad
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Casa	Ingresos brutos (no incluyendo estampias de comida)		
	Tamaño	Anual	Mes
1		\$13,850	\$1,154
2		\$15,800	\$1,317
3		\$17,800	\$1,483
4		\$19,750	\$1,646
5		\$21,350	\$1,779
6		\$22,950	\$1,913
7		\$24,500	\$2,042
8		\$26,100	\$2,175

Telefono de Apicante: \_\_\_\_\_ Correo Electronico de Apicante: \_\_\_\_\_

Dirreccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Porfavor indique porque necesita ayuda con su factura:

- No hay suficiente ingresos mensuales     
  Perdida de ingreso     
  Una factura de utilidades mas cara de lo normal     
  Una cuenta medica mas cara de lo normal  
 Otra cosa (por favor explique) \_\_\_\_\_

Por favor indique la información de su factura de servicios públicos:

Tipo de Servicio: \_\_\_\_\_

Numero de Cuenta: \_\_\_\_\_

Total de la cuenta: \_\_\_\_\_

## Información de un presupuesto

<b>GASTOS MENSUALES</b>	<b>Cantidad pagada este mes</b>	<b>Gasots mensuales normales</b>
Renta		
Electricidad		
Gas		
Agua		
Basura		
Cable		
Internet		
Telefono		
Estampias de comida		
Comida (propio \$)		
Casa		
Ropa		
Lavanderia		
Carro (pago)		
Seguro de carro		
Gas/transportacion		
Otros seguros		
Pagos de tarjetas de credito		
Prestamos de dia de Pago		
Prestamos de estudiante		
Otros pagos de prestamos		
Cuidado de niños		
Medico/hospital		
Diezmos/contribuciones		
Cigarrillos/ Alcohol		
Recreacion		
Multas		
Otro		
<b>TOTAL*</b>		

\* Total debe estar de acuerdo con efectivo recibido

## Información de los ingresos

<b>Nombre de la persona</b>	<b>Tipo de trabajo</b>	<b>Cantidad</b>
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
Total de los ingresos mensuales		\$
Prestados (Indique los que aplican)	<input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Prestamos de día de pago	\$
	<b>Total de efectivo*</b>	\$

\* Total de efectivo recibido debe estar de acuerdo con los gastos mensuales pagados este mes

## ¡IMPORTANTE!

**Por favor incluya todo tipo de ingresos de TODOS los miembros de la casa**

*Ejemplos de ingresos incluyen: de empleo, SSD, SSI SS, TAF, estampillas de comida, desempleo, compensación del trabajo, ayuda económica para los niños, pensión alimenticia, ayuda general (GA), etc.*

**Se necesita una verificación escrita oficial para cada tipo de ingresos.**

*Ejemplos de verificaciones incluyen: talones de cheques por los 30 días pasados, una carta de la oficina del seguro social (del año actual), documentación de SRS, documentación de la oficina de desempleo, etc.*

**POR FAVOR NO ENVIE DOCUMENTOS ORIGINALES. SOLO ENVIE COPIAS. SE DESTRUYEN TODOS LOS DOCUMENTOS DESPUES DE REVISARLOS.**



**Por favor lee la siguiente página (p. 3) con cuidado**

### Verificación Necesaria

Verificación escrita de su situación es necesaria para que su solicitud de ayuda sea considerada. Con esta solicitud firmada, también tiene que incluir **COPIAS** de lo siguiente:

- Copias de las verificaciones actuales por cada tipo de ingresos de todos los miembros de su casa por los 30 días pasados
- Una copia de su cuenta actual de Westar Energy
- Otra factura de servicios públicos o la factura del teléfono a su nombre en esta dirección.

**NO INCLUYA copias originales** porque no se las devuelven. Todos los documentos se destruyen después de revisarlos.

---

---

### Información para notificarle

Se le notificará, por escrito, de nuestra decisión. Por favor permita hasta 4 semanas para recibir una notificación por correo. Por favor devuelva la aplicación y verificación completado usando uno de los siguientes:

**Fax:** (316) 267-7778

**Correo**

**Electronico:** ProjectDeserve@centerofhopeinc.org

**Correo:** Center of Hope Inc.  
Project DESERVE  
P.O. Box 3237  
Wichita, KS 67201

**Internet:** centerofhopeinc.org

---

---

### **POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CON CUIDADO ANTES DE FIRMARLO**

*La firma de abajo significa que entiendo y consiento de todo lo siguiente:*

- ✓ Entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar la prueba actual de todos los ingresos de los hogares, una copia actualizada de mi factura de servicios públicos y otra factura mensual en mi nombre para determinar mi elegibilidad.
- ✓ Entiendo que tengo que seguir haciendo los pagos regulares a mi proveedor de energía y que cualquier beneficio de Project Deserve que se reciban no tomar el lugar de mi responsabilidad de pagar el vendedor Entiendo que se determina mi elegibilidad por las reglas de Project Deserve.
- ✓ **Entiendo que esta ayuda es disponible solamente una vez al año a las solicitudes que se reciban primero y que demuestran que necesitan ayuda financiera.**
- ✓ Autorizo mi compañía de utilidades a dar la historia de pagos y otra información al Center of Hope. También autorizo al Center of Hope a dar información sobre mi solicitud a mi compañía de utilidades.
- ✓ **Entiendo que las solicitudes que no están completas con toda la información o verificación no se procesan y se destruyen.**
- ✓ **Certifico que toda información que he proporcionada es completa y exacta.**

( )

Firma del miembro adulto de la casa

Fecha

Número del teléfono del día

## Permiso del Cliente y Autoridad Para Divulgar la Información

MAACLink es un sistema de computadora que se usa en zonas locales como un Sistema de Manejar la Información de Personas sin Hogar (HMIS son las siglas en inglés). El uso de un HMIS es obligado por el Departamento Federal de Hogar Desarrollo Urbano (HUD son las siglas en inglés) para las agencias que reciben fondos de HUD. MAACLink no tiene ninguna conexión electrónica con HUD y es usado únicamente por agencias autorizadas. Todos los que usan MAACLink han recibido entrenamiento en la confidencialidad y han firmado acuerdos muy estrictos para proteger la información personal de los clientes y limitar apropiadamente su uso.

Una Noticia de la Confidencialidad de Datos Personales se puede conseguir en las agencias que participan en este programa. Esa Noticia explica los detalles de cómo las agencias participantes y sus empleados manejan la información personal de clientes y cómo comparten esa información.

Yo doy mi permiso a \_\_\_\_\_ (El nombre de la Agencia) para recoger la información de mi persona y de los de mi casa y anotarla en el sistema MAACLink de la computadora.

Yo entiendo que el sistema MAACLink se comparte con agencias autorizadas en mi comunidad y se usa con el propósito de:

1. Determinar las necesidades de familias de fondos escasos, personas sin hogar, u otras personas con necesidades especiales para poder darles mejor ayuda y mejorar su situación actual o futura.
2. Mejorar la calidad de cuidado y servicio de personas en necesidad.
3. Seguir la efectividad de los esfuerzos de la comunidad en suplir las necesidades de las personas quienes han recibido ayuda.
4. Anotar los datos en un nivel total que no identifica personas específicas ni su información personal.

Entiendo que:

- Todas las agencias que usen MAACLink tratarán mi información en una manera profesional y confidencial.
  - El firmar este documento de permiso no garantiza que yo recibiré asistencia.
  - La información mía podrá compartirse con entidades (tales como proveedor de utilidades, dueños de casa, y otros) para poder darme el servicio que solicito.
  - Tengo el derecho de recibir una copia impresa de todos mis datos en MAACLink.
- \_\_\_\_ (Si gusta) Ponga una "X" aquí si da su permiso de incluir su foto en MAACLink.

_____ Nombre del Solicitante, letra de molde	_____ Firma del Solicitante	_____ Fecha
_____ Nombre de Representante de la Agencia Letra de molde	_____ Firma de Representante de la Agencia	_____ Fecha

Cada agencia MAACLink va a exigir que usted firme este documento, al menos cada año. Después de firmar este documento si Ud. decide que ya no quiere que sus datos se entren en MAACLink, por favor llene el documento de Revocación. Si Ud. no revoca este documento, vencerá automáticamente el \_\_\_\_\_, o un año después de firmar y fechar este documento.