

My Energy Discount "Mi Descuento de Energía", Oregón

Solicite hoy mismo el descuento mensual personalizado de Avista.

Para saber si cumple con los requisitos, simplemente indíquenos el número de personas de su hogar y el total de sus ingresos familiares. Al firmar el contrato con el cliente, usted certifica la exactitud de esta información. Si cumple con los requisitos, empezará a recibir un descuento mensual en su factura durante los dos próximos años.

Recuerde que es posible que se seleccionen al azar algunos clientes para verificar sus ingresos. Si resulta seleccionado, se le informará de los siguientes pasos para completar el proceso de verificación.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

*Requerido

NOMBRE* _____ APELLIDO* _____

(Tal y como aparece en su factura de Avista).

NÚMERO DE CUENTA AVISTA _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

(Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted autoriza a Avista a enviarle información referente a su cuenta de Avista).

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA _____

DIRECCIÓN DONDE RECIBE EL SERVICIO DE GAS* (No utilizar un apartado postal.) _____

CIUDAD* _____ ESTADO* _____ CÓDIGO POSTAL* _____

MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN CORREO CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR

¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU HOGAR?* _____

INGRESOS FAMILIARES* Sume los ingresos de todos los miembros de la unidad familiar, antes de impuestos y deducciones.

Seleccione los ingresos mensuales o anuales e indique la cantidad en el espacio siguiente:

INGRESOS MENSUALES _____ INGRESOS ANUALES _____

¿CUÁNTO DE ESTOS INGRESOS PROCEDEN DEL EMPLEO? _____

¿SU HOGAR SE MANTIENE ENTERAMENTE GRACIAS A UNOS INGRESOS FIJOS PROCEDENTES DE CUALQUIERA DELAS FUENTES SIGUIENTES: Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI), PENSIÓN, PENSIÓN DE VETERANO U OTRO INGRESO PRIVADO POR DISCAPACIDAD? Sí No

VIVIENDA Propia Rentada

FUENTE DE COMBUSTIBLE Y CALEFACCIÓN Eléctrica Gas natural Otros No sabe

DATOS DEMOGRÁFICOS

Para crear un programa que sirva mejor a nuestros clientes, le agradeceríamos que nos facilitara la siguiente información demográfica opcional.

Esta información voluntaria será anónima y no afectará a su capacidad para recibir ayuda. **Seleccione los cuadros que mejor lo describan como participante en el programa Mi descuento de energía, Oregón:**

EDUCACIÓN 0-8.º grado 9.º-12.º No graduado de la escuela secundaria
 Graduado de la escuela secundaria o certificado GED Algunos estudios postsecundarios
 Graduado universitario de 2 o 4 años

¿SE IDENTIFICA COMO PERSONA DISCAPACITADA O QUE PADECE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA? Sí No

VETERANO DE LAS FUERZAS ARMADAS Sí No

MAYOR DE 60 AÑOS Sí No

ORIGEN ÉTNICO Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroestadounidense
 Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Blanco Multiétnico Otro

ETNICIDAD Hispano o latino Sí No

IDIOMA PREFERIDO Inglés Español Otro (indíquelo) _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA DE DESCUENTOS "MI FACTURA DE ENERGÍA"

DE AVISTA? Agencia Comunitaria Local (nombre de la agencia) _____

Avista Familia o Amigos Otro (indíquelo) _____

¿ATRASADO EN SU FACTURA? Si su cuenta de Avista está vencida en el momento de procesar esta solicitud, Avista lo inscribirá en cualquier programa de asistencia para cuentas vencidas para el que sea elegible. **Marque la casilla a continuación si no desea participar.**

Optar por no participar en los programas de asistencia para cuentas vencidas.

¿QUÉ OTROS TIPOS DE AYUDA LE GUSTARÍA SABER DE SU AGENCIA LOCAL DE ACCIÓN

COMUNITARIA? Alimentación Vivienda Otros servicios públicos

Climatización Educación financiera

(continúa en el reverso)



Escanee para obtener más información.

AVISTA

Tamaño de la unidad familiar	Ingreso bruto anual* 60 % por debajo del SMI*	Ingreso bruto mensual* 60 % por debajo del SMI*
1	\$3,068	\$36,811
2	\$4,012	\$48,138
3	\$4,955	\$59,464
4	\$5,899	\$70,790
5	\$6,843	\$82,117
6	\$7,787	\$93,443
7	\$7,964	\$95,567
8	\$8,141	\$97,690
9	\$8,318	\$99,814
10	\$8,495	\$101,938
11	\$8,672	\$104,062
12	\$8,849	\$106,185
Cada miembro adicional	\$177	\$2,123

Criterios de ingresos: 60% o menos del ingreso medio estatal (SMI) al 01/10/2024)

*Los ingresos brutos totales del hogar son antes de cualesquiera deducciones o impuestos. Incluye todos los ingresos de todas las personas que viven en el hogar, incluido pero sin limitarse a: sueldos, salarios del cónyuge y pagos de manutención infantil y de asistencia pública, Seguridad Social y pensiones, subsidios de vivienda y militares, ingresos por alquiler, ingresos procedentes del trabajo por cuenta propia, y todos los ingresos no que no son en efectivo relacionados con el empleo. SMI se refiere a los Ingresos Promedio en el Estado.

Contrato con el cliente:

Al firmar estos términos y condiciones, certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta.

Certifico que soy el titular de la cuenta de Avista o el coarrendatario de mi hogar, quien es financieramente responsable de la cuenta de Avista. Asimismo, reconozco haber leído y comprendido el contenido de esta solicitud.

También acepto los siguientes términos y condiciones para recibir Mi Descuento de Energía de Avista para el estado de Oregon.

1. Comprendo que debo declarar mis ingresos y el número de miembros de la unidad familiar para determinar si puedo tener derecho al Programa Mi Descuento de Energía de Avista.
2. Acepto y reconozco que se me puede pedir que verifique mi admisibilidad con base en mi declaración.
3. Notificaré a mi agencia local de acción comunitaria si se produce un cambio en los ingresos del hogar y/o en el número de personas que viven en mi hogar mientras estoy inscrito en el programa.
4. Comprendo que, al actualizar la información de mi hogar con agencia local de acción comunitaria, la cantidad de mi descuento podría modificarse para reflejar la situación de mi hogar.
5. Más allá de cualquier cambio en los ingresos del hogar y/o en el número de personas que viven en el mismo, comprendo que necesitaré volver a solicitar el descuento de la factura para mantener este en el periodo de inscripción original.
6. Entiendo que se compartirán mis datos con la agencia local de acción comunitaria para remitirme a otros programas de asistencia.
7. Autorizo a Avista a compartir mi información con mi agencia local de acción comunitaria.

Firmado:*

Fecha:*

*Requerido

Envíe la solicitud llena a:

Avista
Lobby Rep, MSC-34
PO Box 3727
Spokane, WA 99220-3727

También puede solicitarla llamando al servicio de atención al cliente de Avista al **(800) 227-9187** Lunes a viernes, 7 am a 7 pm, y sábado de 9 am a 5 pm. También puede programar una cita con su agencia local de acción comunitaria (vea la gráfica a la derecha) para llenar la solicitud de inscripción completa, así como para recibir información sobre otras formas de ayuda.

Agencia	Información de contacto	Zona de servicio
ACCESO	(541) 779-9020	Condado de Jackson
CCNO Community Connection of Northeast Oregon, Inc.	(541) 963-7532	Condado de Union
KLCAS Klamath & Lake Community Action	(541) 882-3500	Condado de Klamath
UCAN United Community Action Network	(855) 935-2542	Condados de Douglas y Josephine