

Formulario de evaluación



Este formulario de evaluación se ha desarrollado para ayudar a nuestros especialistas en atención a identificar la asistencia para los servicios públicos que puede estar disponible para su hogar. Es importante que complete esta evaluación de manera completa y con la información más precisa para obtener los mejores resultados. Los Servicios Públicos de Tacoma (Tacoma Public Utilities, TPU) NO informan al Departamento de Seguridad Nacional ni comparten datos con este.

¿Usted o alguien en su hogar ya presentó una evaluación?* Sí No

* Información obligatoria

NO envíe más de una evaluación, ya que esto puede retrasar el procesamiento.

Información sobre la dirección donde se brindan los servicios y sobre la cuenta de los TPU

Número de cuenta de 9 dígitos de los TPU*:

Dirección donde se brindan los servicios*:		Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
Preferencia de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal (US Postal Service)		Correo electrónico*:		
Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Jemer <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de teléfono principal: (____) _____		
¿Esta cuenta está actualmente inscrita en un programa de asistencia de los TPU, Plan de Asistencia de Crédito para Pagar Facturas (Bill Credit Assistance Plan, BCAP) o tarifa de descuento (LIE)?* <input type="checkbox"/> BCAP <input type="checkbox"/> LIE (tarifa de descuento) <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> No				
¿Esta es la dirección donde recibe los servicios públicos en los límites de la ciudad de Tacoma?*		¿Usted o alguien más en su hogar ha recibido otra asistencia relacionada con los servicios públicos en los últimos 12 meses?*		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿La dirección postal difiere de la dirección donde recibe los servicios?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Dirección postal*:		Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
¿Alquila o es propietario?*: <input type="checkbox"/> Alquilo <input type="checkbox"/> Soy propietario		Servicios públicos facturados directamente por los TPU* <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Aguas residuales <input type="checkbox"/> Aguas superficiales <input type="checkbox"/> Residuos sólidos		

Información del titular de la cuenta

Número de referencia (incluido en la carta que recibió):		
Nombre*:	Inicial del segundo nombre:	Apellido*:
Tratamiento (Sr., Jr., etc.):		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*:
Identidad racial y étnica: esta información solo se usa para garantizar un alcance equitativo en nuestra comunidad y no determina la elegibilidad. Puede elegir más de una opción. <input type="checkbox"/> Blanco/No hispano <input type="checkbox"/> Negro/No hispano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro _____		
Condición de veterano militar* <input type="checkbox"/> Veterano militar <input type="checkbox"/> Cónyuge de un veterano militar <input type="checkbox"/> No soy un veterano militar		
Asistencia del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (Department of Social and Health Services, DSHS): ¿recibe alguno de los siguientes servicios? ¿Beneficios alimentarios, médicos o en efectivo?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de identificación del cliente del DSHS: _____
Ingresos brutos mensuales antes de deducciones o impuestos (ingrese dólares y centavos; si no tiene ingresos, escriba 0.00)*:		
Fuente de ingresos (puede seleccionar más de una opción)*		
<input type="checkbox"/> Salarios/Recibo de sueldo	<input type="checkbox"/> Departamento de Seguridad Social (SSI/SSA/SSDI)	<input type="checkbox"/> Ingresos de propiedades en alquiler/inversión
<input type="checkbox"/> Pensión por jubilación	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Trabajo autónomo
<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (ABD)	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Labor & Industry (L&I)	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> Pagos tribales per cápita
<input type="checkbox"/> IRA/Pensión anual	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención conyugal	
<input type="checkbox"/> Ingresos mensuales de otras fuentes (explique brevemente)		

Información adicional de los miembros del hogar

Además de usted, ¿cuántas personas **mayores de 18 años** viven en el hogar? _____
 Incluya esta información para todos los miembros del hogar **mayores de 18 años** en una hoja de papel aparte:

Nombre*:	Inicial del segundo nombre:	Apellido*:
----------	-----------------------------	------------

Tratamiento (Sr., Jr., etc.):	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*:
-------------------------------	------------------------------------

Identidad racial y étnica: esta información solo se usa para garantizar un alcance equitativo en nuestra comunidad y no determina la elegibilidad. Puede elegir más de una opción. Blanco/No hispano Negro/No hispano Hispano/Latino
 Asiático Hawaiano/Nativo de otra isla del Pacífico Nativo norteamericano/Nativo de Alaska Prefiero no responder
 Otro _____

Condición de veterano militar* Veterano militar Cónyuge de un veterano militar No soy un veterano militar

Asistencia del DSHS: ¿recibe alguno de los siguientes servicios? ¿Beneficios alimentarios, médicos o en efectivo?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de identificación del cliente del DSHS: _____
--	--

Ingresos brutos mensuales antes de deducciones o impuestos (ingrese dólares y centavos; si no tiene ingresos, escriba 0.00)*:

Fuente de ingresos (puede seleccionar más de una opción)*

<input type="checkbox"/> Salarios/Recibo de sueldo	<input type="checkbox"/> Departamento de Seguridad Social (SSI/SSA/SSDI)	<input type="checkbox"/> Ingresos de propiedades en alquiler/inversión
<input type="checkbox"/> Pensión por jubilación	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Trabajo autónomo
<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (ABD)	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Labor & Industry (L&I)	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> Pagos tribales per cápita
<input type="checkbox"/> IRA/Pensión anual	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención conyugal	
<input type="checkbox"/> Ingresos mensuales de otras fuentes (explique brevemente)		

Información adicional de los miembros del hogar

Además de usted, ¿cuántas personas **menores de 18 años (menores)** viven en el hogar?* _____
 Incluya esta información para todos los miembros del hogar **menores de 18 años (menores)** en una hoja de papel aparte.

Nombre*:	Inicial del segundo nombre:	Apellido*:
----------	-----------------------------	------------

Tratamiento (Sr., Jr., etc.):	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*:
-------------------------------	------------------------------------

Ingresos: SSI/SSA, etc. (ingrese dólares y centavos; si no tiene ingresos, escriba 0.00)*:

Términos y condiciones

Comprendo lo que se indica a continuación:

1. Es posible que se me solicite que proporcione documentación adicional para ser remitido a los programas de asistencia adecuados.
2. Enviar esta evaluación no garantiza la elegibilidad ni la inscripción en ningún programa.
3. Notificaré a la Oficina de Atención al Cliente de los Servicios Públicos de Tacoma sobre cualquier cambio en el hogar, como el cambio de dirección, aumento o disminución en la cantidad de ocupantes, cambios en los pagos por discapacidad o cambios en los ingresos.

Nombre en letra de imprenta (como aparece en la factura de servicios públicos)	Firma	Fecha
---	-------	-------