

RESOLUTION NO. 2026 - 109

**A RESOLUTION OF THE BOARD OF COUNTY COMMISSIONERS OF ST. JOHNS COUNTY, FLORIDA, APPROVING THE TERMS, CONDITIONS, AND REQUIREMENTS OF AMENDMENT ONE BETWEEN ST. JOHNS COUNTY BOARD OF COUNTY COMMISSIONERS AND NORTHEAST FLORIDA AREA AGENCY ON AGING, INC. D/B/A ELDERSOURCE, FOR THE EMERGENCY HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (EHEAP), AND AUTHORIZING THE COUNTY ADMINISTRATOR, OR DESIGNEE, TO EXECUTE THE AMENDMENT ON BEHALF OF THE COUNTY.**

**WHEREAS**, St. Johns County has administered the Emergency Home Energy Assistance Program (EHEAP) to aid St. Johns County seniors with past due home energy bills since 2021 (Resolution 2021-212); and,

**WHEREAS**, in September 2025, the Board approved a new Agreement (P025-STJBCC) between ElderSource and St. Johns County to continue to reduce the overall incidence of interruption in energy services for elderly, low-income residents of St. Johns County (Resolution 2025-316); and,

**WHEREAS**, ElderSource has amended the original Agreement to adjust language, extend the contract date, and replace attachments of Contract P025-STJBCC, for the purpose of the Emergency Home Energy Assistance Program; and,

**WHEREAS**, the County has reviewed the terms, provisions, conditions, and requirements of the Amendment; and

**WHEREAS**, the County has determined that accepting the terms of the Amendment will serve the interests of the County.

**NOW, THEREFORE, BE IT RESOLVED BY THE BOARD OF COUNTY COMMISSIONERS OF ST. JOHNS COUNTY, FLORIDA:**

**Section 1.** The above recitals are hereby incorporated into the body of this resolution, and are adopted as findings of fact.

**Section 2.** The Board approves the terms, conditions, and requirements of the Amendment between the St. Johns County, Florida and ElderSource and hereby authorizes the County Administrator, or designee, to execute the Amendment on behalf of St. Johns County.

**Section 3.** To the extent that there are typographical, administrative, or scrivener's errors that do not change the tone, tenor, or context of this resolution, then this resolution may be revised without further action by the Board of County Commissioners.

**Section 4.** This resolution shall be effective upon its adoption by the Board.

**PASSED AND ADOPTED** by the Board of County Commissioners of St. Johns County, State of Florida, this 7th day of April, 2026.

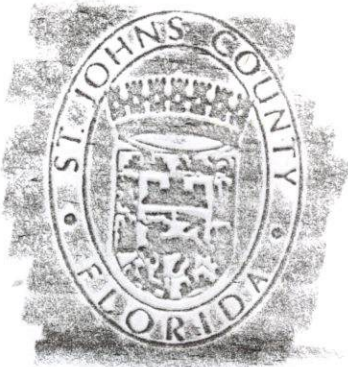
BOARD OF COUNTY COMMISSIONERS  
OF ST. JOHNS COUNTY, FLORIDA

Rendition Date APR 08 2026

By: Clay Murphy  
Clay Murphy, Chair

ATTEST: Brandon J. Patty, Clerk of the Circuit  
Court and Comptroller

By: Brandon J. Patty  
Deputy Clerk



Revision Date APR 08 2028

**AMENDMENT ONE  
 BETWEEN  
 NORTHEAST FLORIDA AREA AGENCY ON AGING, INC. D/B/A ELDERSOURCE  
 AND  
 ST JOHNS COUNTY BOARD OF COUNTY COMMISSIONERS  
 EMERGENCY HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM**

This Amendment, entered into between the Northeast Florida Area Agency on Aging, Inc. d/b/a ElderSource and St. Johns County Board of County Commissioners (Contractor), collectively referred to as the "Parties." hereby amends contract P025-STJBCC.

**WHEREAS**, the purpose of this Amendment is to adjust language, extend contract date and replace attachments of Contract P025-STJBCC.

**NOW THEREFORE**, in consideration of the mutual covenants and obligations set forth herein, the receipt and sufficiency of which are hereby acknowledged, the Parties agree to the following:

The contract amount for **July 1, 2025, to June 30, 2026** is **\$23,183.00**.

1. Standard Contract, Section 3, Term of Contract is hereby replaced.

**3. Term of Contract:**

This contract shall begin at twelve (12:00) A.M., Eastern Standard Time **July 1, 2025**, or on the date the contract has been signed by the last party required to sign it, whichever is later. It shall end at eleven fifty-nine (11:59) P.M., Eastern Standard Time **June 30, 2026**.

2. Attachment I, Section II.E.1.g., has been added.

**g. eCIRTS Cleanup Reports**

At a minimum, the Contractor must run quarterly eCIRTS cleanup reports as directed by the ElderSource per the Department instruction.

3. Attachment XIV, EHEAP Application and eligibility worksheet, is hereby replaced.

All provisions in the contract and any attachments thereto in conflict with this Amendment shall be and are hereby changed to conform to this Amendment.

All provisions not in conflict with this Amendment are still in effect and are to be performed at the level specified in the contract.

This Amendment and all its attachments are hereby made part of the contract.

**IN WITNESS THEREOF**, the Parties have caused this eight (6) page Amendment to be executed by their officials as duly authorized, and agree to abide by the terms, conditions and provisions of Contract P025-STJBCC, as amended. This Amendment must be duly signed by both Parties and is effective upon signature.

<b>CONTRACTOR: ST JOHNS COUNTY BOARD OF COUNTY COMMISSIONERS</b>	<b>NORTHEAST FLORIDA AREA AGENCY ON AGING, INC. D/B/A ELDERSOURCE</b>
SIGNED BY:	SIGNED BY:
NAME: <u>JOY ANDREWS</u>	NAME: <u>LINDA LEVIN</u>
TITLE: <u>COUNTY ADMINISTRATOR</u>	TITLE: <u>Chief Executive Officer</u>
DATE: _____	DATE: _____
Federal Tax ID: 59-6000825	
UEI: HDLAU1S4NWU3	

# ATTACHMENT XIV EHEAP APPLICATION AND ELIGIBILITY WORKSHEET

## Emergency Home Energy Assistance for the Elderly Program - Application

<b>Section One: Applicant (Aged 60 and older) Information</b>				Date Stamp  Intake worker's name:  Phone:
Name: (First, M, Last)		<input type="checkbox"/> EHEAP <input type="checkbox"/> Heating Season <input type="checkbox"/> Cooling Season		
Date of birth:	Age:	SSN:		
Service address:		City:		
Florida County:	Zip Code:	Phone:		
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		Number of people in the household:		
Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Partnered <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed				
Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Other				
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Other		Primary Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____		
Does client have limited ability reading, writing, speaking, or understanding the English language? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Is the client a veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Was client referred to the local Veteran's Affairs office? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
Applicant's income type(s):		Applicant's monthly income amount:		
<b>Section Two: Additional Household Members Information</b>				
Name:		Income type(s):		
Age:	SSN:	Monthly income amount:		
Name:		Income type(s):		
Age:	SSN:	Monthly income amount:		
Name:		Income type(s):		
Age:	SSN:	Monthly income amount:		
Name:		Income type(s):		
Age:	SSN:	Monthly income amount:		
<b>Section Three: Household Characteristics</b>				
Is there a child 5 years of age or younger in the household? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
If Yes, select all that applies: <input type="checkbox"/> 0-2 years old <input type="checkbox"/> 3-5 years old				
Is there an individual with a disability in the household? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Is the applicant a U.S. citizen or an alien lawfully admitted for permanent residence? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Is the applicant a homeowner? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Does applicant live in government subsidized housing, such as Section 8? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
If yes, provide the complex name: _____				
If yes, does the household receive an energy subsidy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Does applicant live in a student dormitory, adult family care home, or any kind of group living facility? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
If yes, provide the facility name: _____				
<b>Section Four: Heating and Cooling Information</b>				
Have you or any member of your household received energy assistance in the current season? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
If yes, provide the name of Agency: _____				
Type of Assistance: <input type="checkbox"/> Crisis <input type="checkbox"/> Home Energy <input type="checkbox"/> Weather-Related Date: _____				
What is the primary source of home heating? (select one) <input type="checkbox"/> Electricity <input type="checkbox"/> Natural Gas <input type="checkbox"/> Propane <input type="checkbox"/> Wood/Coal <input type="checkbox"/> Refillable Fuels				
Does household use supplemental heating source? <input type="checkbox"/> Electricity <input type="checkbox"/> Wood/Coal <input type="checkbox"/> N/A				
Air conditioning unit type? <input type="checkbox"/> Central A/C <input type="checkbox"/> Window/Wall A/C <input type="checkbox"/> Fans <input type="checkbox"/> Other - specify (including evaporative cooler)				
<b>Section Five: Energy Crisis Explanation</b>		<b>Client Attestation and Signature</b>		
<input type="checkbox"/> Home cooling or heating energy source has been disconnected. (Life-Threatening)		The information provided on this application, is to the best of my knowledge, true and complete. I understand that priority in providing assistance will be given to those households with the lowest income and greatest need, i.e. those households in which the elderly, disabled, medically needy, or children reside. I authorize the agency to make benefit payments directly to my energy supplier. I am aware that after I have provided all the information requested to determine my eligibility, if I am applying for crisis assistance, the agency has 18 hours to act upon my application with an eligible action. I am also aware that if I am not approved or denied within the time allowed, or not approved for the correct amount, I have a right to appeal the decision. (If you sign with an "X" two witnesses are required.)		
<input type="checkbox"/> Unable to get delivery of fuel, is out of fuel, or is in danger of being out of fuel for heating. (Life-Threatening)				
<input type="checkbox"/> Other problems with lack of cooling or heating in the home, such as needing to pay a deposit, repair of equipment, or interim emergency measure to avoid further crisis. (Life-Threatening)				
<input type="checkbox"/> Notified that the energy source for cooling or heating is going to be disconnected. (Standard)				
<input type="checkbox"/> Received a notice indicating the energy source bill is delinquent or past due. (Standard)				
<input type="checkbox"/> Has an energy source bill for which the due date has lapsed. (Standard)		Client Signature: _____		
		Date: _____		

**ALL CLIENTS SHOULD SIGN THE WAIVER, AUTHORIZING THE RELEASE OF GENERAL AND/OR CONFIDENTIAL INFORMATION FOR LINEAR/EHEAP FEDERAL REPORTING.**

\*Your Social Security Number (SSN) is confidential under law. We may not collect your SSN unless we explain the reason for collecting your SSN in writing and provide the applicable statutory authority for doing so. Certain provisions of Chapter 430, Florida Statutes, read with Section 119.071(5), Florida Statutes, specifically authorize the Department of Elder Affairs (DOEA) and its designated staff/employees to collect SSNs when authorized by law or when collection of SSNs is imperative to the performance of DOEA's statutorily assigned duties. The Department is collecting your social security number as part of its responsibility to provide Emergency Home Energy Assistance.

Emergency Home Energy Assistance for the Elderly Program - Eligibility Worksheet				
<b>Section Six: Income Eligibility Determination</b>				
Annualize all household income.	Staple calculator tape here showing income calculations or write calculations in this space.	State Median Income (SMI) Guidelines effective 10/01/2025.		
1. Add all gross monthly earned and unearned income from the past 30 days of all household members.		Select the annual income limit by household size:		
2. Add Medicare Premium (\$202.90), if not included in SSA amount.		100% of Max Income Value (MIV)      50% of MIV		
3. Add Medicare Part D, if applicable.		<input type="checkbox"/> 1.....\$32,155                      \$ 16,078 <input type="checkbox"/> 2.....\$42,049                      \$ 21,025 <input type="checkbox"/> 3.....\$51,943                      \$ 25,972 <input type="checkbox"/> 4.....\$61,837                      \$ 30,919 <input type="checkbox"/> 5.....\$71,730                      \$ 35,865 <input type="checkbox"/> 6.....\$81,624                      \$ 40,812 <input type="checkbox"/> 7.....\$83,479                      \$ 41,740 <input type="checkbox"/> 8.....\$85,335                      \$ 42,668		
4. To annualize, multiply the monthly total by 12 months.		(Please refer to the Federal Poverty Guidelines (FPG) Benefits Matrix for income ranges for households with 3-or-more individuals.)		
Annual Household Income \$ _____				
<input type="checkbox"/> Categorically Eligible	If the total annual household income is less than 50% of the current State Median Income for household size (using chart above), and no one in the household is receiving SNAP assistance, the applicant must provide a signed statement of how basic living expenses (i.e., food, shelter and transportation) are provided for the household.			
<b>Section Seven: Vendor, Benefit, and Verification Information</b>				
<b>Energy Vendor #1</b>	<b>Other Vendor #1</b>		Contact made with LIHEAP provider to verify previous crisis assistance. Contact Person: _____ Date of contact: _____	
Name: _____	Name: _____			
Account Number: _____	Account/Voucher Number: _____	Date: _____	Has the applicant received LIHEAP crisis assistance during the current season? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Minimum Amount Due: _____	Amount Due: _____			
Verification and Commitment	<input type="checkbox"/> Blanket <input type="checkbox"/> Portable Fan <input type="checkbox"/> Space Heater <input type="checkbox"/> Window A/C		If the minimum amount due is more than the past due amount, did the energy vendor verify that this amount is required? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
Contact Person: _____ Date: _____	<input type="checkbox"/> Repair Existing Heating or Cooling Equipment <input type="checkbox"/> Emergency Shelter <input type="checkbox"/> Other			
<b>Energy Vendor #2</b>	<b>Other Vendor #2</b>		If the minimum amount due to resolve the crisis is more than the maximum allowed, explain how the balance of the amount due will be paid if approved for EHEAP crisis assistance. _____ _____	
Name: _____	Name: _____			
Account Number: _____	Account/Voucher Number: _____	Date: _____		
Minimum Amount Due: _____	Amount Due: _____			
Verification and Commitment	<input type="checkbox"/> Blanket <input type="checkbox"/> Portable Fan <input type="checkbox"/> Space Heater <input type="checkbox"/> Window A/C			
Contact Person: _____ Date: _____	<input type="checkbox"/> Repair Existing Heating or Cooling Equipment <input type="checkbox"/> Emergency Shelter <input type="checkbox"/> Other			
(1) Total Energy Vendors \$ _____	(2) Energy Subsidy \$ _____	(3) Water, Sewer, Garbage, Fire, etc. \$ _____	(4) Deduct (2&3) from (1) \$ _____	Is the name on the fuel bill that of the applicants? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, provide name on bill: _____
(4) Total Other Vendors \$ _____				
Total EHEAP Benefit Add				
Total Energy Vendor (4) & Total Other Vendor (4) \$ _____				
<b>Section Eight: Weatherization Assistance Program (WAP) Referral</b>				
If the applicant is a homeowner, has he/she received more than three LIHEAP or EHEAP benefits in the last 18 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A				
If the answer to the previous question is "yes", was the applicant referred to WAP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A				
If the answer to the last question is "no", explain: _____				
<b>Section Nine: Resolution of Crisis</b>				
Resolution of the Heating/Cooling Energy Crisis occurred within 18/48 hours, by the following eligible action(s): (Select all that apply)				
<input type="checkbox"/> Approval of application		<input type="checkbox"/> EHEAP benefit prevented disconnection		
<input type="checkbox"/> Commitment made to vendor		<input type="checkbox"/> EHEAP benefit restored energy already disconnected		
<input type="checkbox"/> Denial of Application, pending additional information		<input type="checkbox"/> Yes, client signed waiver		
<input type="checkbox"/> Denial of Application, ineligible		<input type="checkbox"/> No, client refused to sign waiver		
<input type="checkbox"/> Written referral and assistance to access other community resources				
<b>Case Worker Signature</b>		<b>Approval Signature</b>		
I have determined the eligibility of the applicant. I am not the applicant, nor am I a friend, relative, or employee of the applicant.		The application and eligibility determination must be reviewed for errors and appropriate file documentation prior to making payment. I have reviewed and approved this application for crisis assistance.		
Case Worker's Name: _____	Supervisor/Peer's Name: _____			
Case Worker's Signature: _____	Supervisor/Peer's Signature: _____			
Date: _____	Date: _____			
Agency Name: _____	Agency Name: _____			

Emergency Home Energy Assistance for the Elderly Program –Spanish Application Form

<b>Sección uno: Información del aplicante (60 años o más)</b>				Setio o registro de la fecha Nombre del trabajador: Teléfono:
Nombre: (Nombre, segundo nombre, apellido)		<input type="checkbox"/> EHEAP <input type="checkbox"/> Temporada caliente <input type="checkbox"/> Temporada fría		
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número Seg. Soc:		
Dirección de servicio:		Código postal:		
Ciudad:		Condado:		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de personas en el hogar:		Teléfono:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a				
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro				
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro      Lengua materna: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro _____				
¿El cliente tiene limitaciones para leer, escribir, entender o hablar el inglés? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				
¿El cliente es veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No      ¿El cliente ha sido derivado a la Oficina de Asuntos del Veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A				
Tipo(s) de Ingreso(s) del solicitante:			Ingreso mensual del solicitante:	
<b>Sección dos: Información sobre otros miembros en el hogar</b>				
Nombre:		Tipo(s) de Ingreso:		
	Edad:	Número de SS:	Cantidad de ingreso mensual:	
Nombre:		Tipo(s) de Ingreso:		
	Edad:	Número de SS:	Cantidad de ingreso mensual:	
Nombre:		Tipo(s) de Ingreso:		
	Edad:	Número de SS:	Cantidad de ingreso mensual:	
Nombre:		Tipo(s) de Ingreso:		
	Edad:	Número de SS:	Cantidad de ingreso mensual:	
<b>Sección tres: Características de los miembros del hogar</b>				
¿Hay un niño menor de 5 años en el hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				
De ser afirmativo, seleccione las que apliquen: <input type="checkbox"/> 0-2 años de edad <input type="checkbox"/> 3-5 años de edad				
¿Existe alguna persona con discapacidades en el hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				
¿El solicitante es ciudadano estadounidense o extranjero con una residencia permanente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				
¿El solicitante es dueño de la vivienda? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				
¿El solicitante vive en una vivienda subsidiada por el gobierno, tal como Section 8? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				
Si es afirmativo, provea el nombre del complejo habitacional: _____				
Si es afirmativo, ¿El hogar recibe alguna ayuda en los servicios de electricidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				
¿El solicitante vive en una residencia universitaria, hogar de cuidado familiar para adultos, o cualquier otro tipo de instalación compartida? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				
Si es afirmativo, provea el nombre de la instalación: _____				
<b>Sección cuatro: Información sobre aire acondicionado y calefacción</b>				
¿Ha recibido usted o algún miembro de su hogar ayuda con los servicios de electricidad en la temporada actual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				
Si es afirmativo, provea el nombre de la agencia: _____				
Tipo de ayuda: <input type="checkbox"/> Crisis de energía <input type="checkbox"/> Energía del hogar <input type="checkbox"/> Relacionado con el clima      Fecha: _____				
¿Cuál es la fuente principal de calefacción doméstica? (seleccione una) <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Gas propano				
<input type="checkbox"/> Madera/carbón <input type="checkbox"/> Combustibles rellenable				
¿El hogar utiliza una fuente de calefacción suplementaria? <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Madera/carbón <input type="checkbox"/> N/A				
Tipo de aire acondicionado <input type="checkbox"/> A/C Central <input type="checkbox"/> A/C de ventana/pared <input type="checkbox"/> Ventiladores <input type="checkbox"/> Otros – especifique (tales como aire acondicionado portátil)				
<b>Sección cinco: Explicación de la crisis de energía</b>			<b>Certificación y firma del cliente</b>	
<input type="checkbox"/> Se ha cortado la fuente de energía de la calefacción o del aire acondicionado en el hogar. (Pone en peligro la vida)			La información proporcionada en esta solicitud es a mi leal saber y entender completa y verdadera. Tengo entendido que se dará prioridad de brindar asistencia a los hogares con ingresos más bajos y con mayor necesidad, p.ej. aquellos hogares en los que residen personas mayores, discapacitados o niños con necesidades médicas. Autorizo a la agencia realizar los pagos de prestaciones directamente a mi proveedor de energía. Si estoy solicitando asistencia de crisis de energía, soy consciente que después de haber proporcionado toda la información solicitada para determinar mi admisibilidad, la agencia tiene 18 horas para tomar las medidas necesarias y adecuadas en cuanto a mi solicitud. Asimismo, tengo conocimiento que, si no me aprueban o deniegan dentro del plazo establecido, o si no se me aprueba por la cantidad correcta, tengo derecho a apelar la decisión. (Si firma con una "X", se exige que haya dos testigos).	
<input type="checkbox"/> No se puede obtener el suministro de combustible, se ha quedado sin combustible o corre el riesgo de quedarse sin combustible para la calefacción. (Pone en peligro la vida)				
<input type="checkbox"/> Otros problemas relacionados con la falta de aire acondicionado o calefacción en el hogar, tales como la necesidad de pagar una garantía, reparación de equipos o una medida de emergencia provisional para evitar futuras crisis. (Amenaza la vida)				
<input type="checkbox"/> Se le notificó que se va a desconectar la fuente de energía para el aire acondicionado o calefacción. (Estándar)				
<input type="checkbox"/> Recibió una notificación indicando que la factura de electricidad está atrasada o vencida. (Estándar)				
<input type="checkbox"/> Tiene una factura de electricidad cuya fecha de vencimiento ha caducado. (Estándar)			Firma del cliente: _____ Fecha: _____	

¡POR FAVOR LOS CLIENTES DEBEN FIRMAR LA EXPLICACIÓN, AUTOTIPIANDO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN GENERAL Y/O CONFIDENCIAL PARA EL INFORME PERICIAL DE LINEA DE AYUDA.

\*Su número de seguro social (SSN) es confidencial en virtud de la ley. No podemos revelar su SSN a menos que le expliquemos por escrito la razón y le proporcionemos la autoridad legal correspondiente para hacerlo. Ciertas disposiciones del Capítulo 430, artículo 119.071 (5) de las Leyes de Florida, autorizan específicamente al Departamento del Adulto Mayor (DOEA) y a su personal/empleados autorizados recolectar los SSN cuando lo autoriza la ley o cuando la recolección del SSN sea imperativa para el desempeño de las funciones asignadas por ley del DOEA. El Departamento recolecta su número de seguro social como parte de su responsabilidad de proporcionar asistencia de emergencia energética en el hogar.

### EHEAP APPLICATION AND ELIGIBILITY WORKSHEET (SPANISH)

Hoja de admisibilidad del Programa de Asistencia de Emergencia Energética en el Hogar para Adultos Mayores																						
Sección seis: Determinación de la admisibilidad de ingresos																						
<b>Anualice todos los ingresos del hogar</b> 1. Sume todos los ingresos brutos mensuales ganados y aquellos ingresos no salariales de los últimos 30 días de todos los 2. Agregue la prima de Medicare (\$202.90), si no está incluida en el monto de los beneficios del 3. Agregue la Parte D de Medicare, si es necesario. 4. Para anualizar, multiplique el total mensual por 12 meses.  Ingreso anual del hogar \$ _____		<b>Escriba los cálculos en este espacio o engrape la cinta de papel de la calculadora aquí en donde se muestren los cálculos de sus ingresos.</b>  <div style="background-color: #e0e0e0; width: 100%; height: 100%;"></div>		<b>Guía del ingreso promedio del estado a partir del 01/10/2024</b>  Seleccione el límite de ingresos anuales según el tamaño de la unidad familiar:  <table border="1"> <thead> <tr> <th>150% máximo del valor de ingresos (MVI)</th> <th>50% de MVI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1.....\$32,155</td><td>\$16,078</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2.....\$42,049</td><td>\$21,025</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3.....\$51,943</td><td>\$25,972</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4.....\$61,837</td><td>\$30,919</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5.....\$71,730</td><td>\$35,865</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6.....\$81,624</td><td>\$40,812</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7.....\$93,479</td><td>\$41,740</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8.....\$95,335</td><td>\$42,668</td></tr> </tbody> </table> (Consulte la estructura de los índices federales de pobreza (FPG) para conocer los rangos de ingresos para hogares con 9 o más personas).	150% máximo del valor de ingresos (MVI)	50% de MVI	<input type="checkbox"/> 1.....\$32,155	\$16,078	<input type="checkbox"/> 2.....\$42,049	\$21,025	<input type="checkbox"/> 3.....\$51,943	\$25,972	<input type="checkbox"/> 4.....\$61,837	\$30,919	<input type="checkbox"/> 5.....\$71,730	\$35,865	<input type="checkbox"/> 6.....\$81,624	\$40,812	<input type="checkbox"/> 7.....\$93,479	\$41,740	<input type="checkbox"/> 8.....\$95,335	\$42,668
150% máximo del valor de ingresos (MVI)	50% de MVI																					
<input type="checkbox"/> 1.....\$32,155	\$16,078																					
<input type="checkbox"/> 2.....\$42,049	\$21,025																					
<input type="checkbox"/> 3.....\$51,943	\$25,972																					
<input type="checkbox"/> 4.....\$61,837	\$30,919																					
<input type="checkbox"/> 5.....\$71,730	\$35,865																					
<input type="checkbox"/> 6.....\$81,624	\$40,812																					
<input type="checkbox"/> 7.....\$93,479	\$41,740																					
<input type="checkbox"/> 8.....\$95,335	\$42,668																					
<input type="checkbox"/> Categóricamente admisible		Si el total ingreso anual del hogar es menor que el 50% de las guías actuales de ingreso promedio para el tamaño de la unidad familiar (usando el cuadro anterior), y ninguna persona en el hogar recibe asistencia de SNAP, el solicitante debe proporcionar un documento firmado de cómo se proporcionan los gastos básicos diarios tales como comida, vivienda y transporte en el hogar.																				
Sección siete: Proveedor, renta y verificación de la información																						
<b>Proveedor de energía #1</b> Nombre: _____  Número de cuenta: _____  Importe mínimo adeudado: _____  Verificación y obligaciones Persona de contacto: _____ Fecha: _____		<b>Otro proveedor #1</b> Nombre: _____  Número de cuenta/comprobante: _____ Fecha: _____  Cantidad adeudada: _____  <input type="checkbox"/> Mantas <input type="checkbox"/> Reparación de equipos de calefacción o aire acondicionado existentes <input type="checkbox"/> Ventilador portátil <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Calefactor <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> A/C de ventanas		Contacto realizado con el proveedor de LIHEAP para verificar la previa asistencia de crisis de energía. Persona de contacto: _____ Fecha de contacto: _____ ¿El solicitante ha recibido asistencia de crisis de energía de LIHEAP durante la temporada actual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No  Si el importe mínimo adeudado es mayor que la cantidad adeudada anterior, ¿el proveedor de energía verificó que se requiera ese monto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A																		
<b>Proveedor de energía #2</b> Nombre: _____  Número de cuenta: _____  Importe mínimo adeudado: _____  Verificación y obligaciones Persona de contacto: _____ Fecha: _____		<b>Otro proveedor #2</b> Nombre: _____  Número de cuenta/comprobante: _____ Fecha: _____  Cantidad adeudada: _____  <input type="checkbox"/> Mantas <input type="checkbox"/> Reparación de equipos de calefacción o aire acondicionado existentes <input type="checkbox"/> Ventilador portátil <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Calefactor <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> A/C de ventanas		Si el importe mínimo adeudado para solucionar la crisis es mayor que el máximo permitido, explique cómo se pagará el saldo del monto adeudado si es aprobado para la asistencia de crisis de EHEAP.  _____ _____																		
(1) Total del proveedor de energía \$ _____	(2) Subsidio de energía \$ _____	(3) Agua, aire acondicionado, basura, fuego, etc. \$ _____	(4) Deducible (2&3) de (1) \$ _____	(4) Total de otros proveedores \$ _____  Renta total de EHEAP Suma el total del proveedor de energía (4) y el total de otros proveedores (4) \$ _____	¿El nombre que figura en la factura de combustible es el del solicitante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Si es no, provea el nombre de la persona que figura en la factura: _____																	
Sección ocho: Referencia del Programa de Asistencia para Climatización (WAP)																						
Si el solicitante es propietario de la vivienda, ¿ha recibido más de tres beneficios de LIHEAP o EHEAP en los últimos 18 meses? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A																						
Si la respuesta a la pregunta anterior es "SI", ¿el solicitante obtuvo una referencia de WAP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A																						
Si la respuesta a la última pregunta es "No", explique: _____																						

<b>Sección nueva: Solución de la crisis</b>	
La solución de la crisis de calefacción o aire acondicionado se produjo dentro de las 18/48 horas, mediante las siguientes acciones adecuadas: (Seleccione todas las que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Aprobación de la aplicación	<input type="checkbox"/> Los beneficios de EHEAP evitó la desconexión
<input type="checkbox"/> Compromiso hecho con el proveedor	<input type="checkbox"/> Los beneficios de EHEAP restauró la energía cortada
<input type="checkbox"/> Aplicación denegada, información adicional pendiente	<input type="checkbox"/> Si, el cliente firmó la exención
<input type="checkbox"/> Aplicación denegada, no cumple con los requisitos	<input type="checkbox"/> No, el cliente se negó a firmar la exención
<input type="checkbox"/> Obtuvo una referencia por escrito y ayuda para acceder a otros servicios de la comunidad	
<b>Firma del encargado/a del caso</b>	<b>Firma de aprobación</b>
Ha determinado la admisibilidad del solicitante. No soy el solicitante, ni su amigo, pariente o empleado del solicitante.	La determinación de la aplicación y de admisibilidad deben revisarse para detectar errores, y la documentación adecuada debe estar en archivo antes de realizar el pago. He revisado y aprobado esta solicitud de asistencia de crisis de energía.
Nombre del encargado/a del caso:	Nombre del supervisor:
Firma del encargado/a del caso:	Firma del supervisor:
Fecha:	Fecha:
Nombre de la agencia:	Nombre de la agencia: