Klamath & Lake Community Action Services
ENERGY ASSISTANCE PROGRAM

2316 S 6th St. Suite B
Klamath Falls, OR 97601
Phone: (541) 882-3500
You can email app to
Email: Energy@klcas.org
Apply Online at: http://myapps.klcas.org

November 2nd: Senior (60+) and/or disabled only
December 1st : For all other participants

ENERGY ASSISTANCE

REQUIRED DOCUMENTS

INCOMPLETE APPLICATIONS WILL NOT BE PROCESSED.
All required documents must be provided before we can process your application.

COMPLETED & SIGNED APPLICATION
Application must be filled out completely and signed.

HEATING & ELECTRIC BILLS
Provide a copy of your current heating and electric bills.

ID FOR ALL ADULTS (18+)
Acceptable IDs: Driver's License, State ID, School ID, Tribal ID, Passport, or Birth Certificate.

SOCIAL SECURITY PROOF
Social Security cards OR tax forms showing full Social Security numbers for all household members.

INCOME PROOF
Provide proof of income for the last 30 days (paystubs showing name, date, and gross income or benefit award letter).
Example: If you signed on November 1st we need October 1st – November 1st of pay stubs.

IF APPLICABLE:

SELF-EMPLOYMENT
Completed self-employment worksheet is required.

UTILITIES INCLUDED IN RENT?
Provide landlord's name and phone number.

Klamath & Lake Community Actionservices
PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA

2316 S 6th St. Suite B
Klamath Falls, OR 97601
Teléfono: (541) 882-3500
Puede enviar un correo electrónico a:
Email: Energy@klcas.org
Solicite en línea en: http://myapps.klcas.org

2 de noviembre: Solo para personas mayores 60+ y/o con discapacidad.
1 de diciembre: Para el resto de los participantes

ASISTENCIA ENERGÉTICA

DOCUMENTOS REQUERIDOS

NO SE PROCESARÁN LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS.
Todos los documentos requeridos deben proporcionarse antes de que podamos procesar su solicitud.

SOLICITUD COMPLETADA Y FIRMADA
La solicitud debe completarse en su totalidad y firmarse.

FACTURAS DE CALEFACCIÓN Y ELECTRICIDAD
Proporcione una copia de sus facturas actuales de calefacción y electricidad.

IDENTIFICACIÓN PARA TODOS LOS ADULTOS (18+)
Identificaciones aceptables: Licencia de conducir, Identificación estatal, Identificación escolar, Identificación tribal, Pasaporte o Certificado de nacimiento.

COMPROBANTE DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
Tarjetas del Seguro Social O formularios de impuestos que muestren el número completo del Seguro Social de todos los miembros del hogar.

COMPROBANTE DE INGRESOS
Proporcione comprobante de ingresos de los últimos 30 días (talones de pago que muestren nombre, fecha e ingresos brutos o carta de concesión de beneficios).

Ejemplo: Si firma el 1 de noviembre, necesitamos los comprobantes de pago del 1 de octubre al 1 de noviembre.

SI APLICA:

TRABAJO POR CUENTA PROPIA
Se requiere una hoja de trabajo de trabajo por cuenta propia completada.

¿SERVICIOS PÚBLICOS INCLUIDOS EN EL ALQUILER?
Proporcione el nombre del propietario y número de teléfono.

Authorization Number: _____

Energy Assistance Application

HOUSEHOLD INFORMATION

PREFERRED LANGUAGE: ☐ English ☐ Español

Full Legal Name	Birthday	SSN / SSID	Gender	Hispanic (Y/N)	Race	OR Tribe (Y/N	Education	Employed (Y/N)	Disabled (Y/N)	Veteran (Y/N)	Homebound (Y/N)	SNAP (Y/N)	OHP (Y/N)	Other Med. Insurance

CONTACT INFORMATION:

Phone: _____

Email: _____

Type of Household (Select One)

☐ 2 Adult, 0 Kids
☐ 2-Parent
☐ Single
☐ Extended Family
☐ Single Parent
☐ Co-Habitants

ADDRESS INFORMATION:

Physical Address: _____

NUMBER STREET CITY STATE ZIP

Mailing Address: _____

NUMBER STREET CITY STATE ZIP

DWELLING

☐ Single Family House
☐ Multi-Unit (4+)
☐ Travel Trailer
☐ Multi-Unit (2-4)
☐ Manufactured Home
☐ Hotel / Motel
☐ Other: _____

RESIDENCE STATUS

☐ Rent (Heat NOT included)
☐ HUD / Section 8
☐ Tribal Housing
☐ Rent (Heat included)
☐ Own

WHERE WOULD YOU LIKE YOUR BENEFIT TO GO?

☐ Electric
☐ Propane
☐ Wood
☐ Oil
☐ Pellets
☐ Natural Gas

Account # _____

Account # _____

Authorization Number:

Solicitud de Asistencia Energética

INFORMACIÓN DEL HOGAR

IDIOMA PREFERIDO: ☐ Ingles ☐ Español

NOMBRE LEGAL COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	SSN/SSID (si no SSN pon N/A)	Genero	Hispano (Y.N)	Raza	Tribu OR (Y/N)	Educacion	Empleados (S/N)	Discapacidad (S/N)	Veterano(S/N)	De Regreso a casa (S/N)	SNAP (S/N)	OHP (S/N)	Otros Seguros medicos

INFORMACION DE CONTACTO

Telefono: _____

Correo electronico: _____

TIPO DE FAMILIA (Seleccione uno)

☐ 2 Adultos, 0 Ninos
☐ 2-Padre
☐ Solo
☐ Familia extensa
☐ Padre Soltero
☐ Cohabitantes

DIRECCION

Direccion fisica: _____

Número Calle Ciudad Estado Código Postal

Direccion postal: _____

Número Calle Ciudad Estado Código Postal

VIVIENDA

☐ Casa Familiar
☐ Multi-Unidad (4+)
☐ Trailer de viaje
☐ Multi-Unidad (2-4)
☐ Casa prefabricada
☐ Hotel / Motel
☐ Otros: _____

ESTATUS DE RESIDENCIA

☐ Alquiler (Sin calor)
☐ HUD / Seccion 8
☐ Viviendas tribal
☐ Alquiler (heat incluido)
☐ Dueno

DONDE TE GUSTARIA QUE FUERA TU BENEFICIO?

☐ Electrico
☐ Propano
☐ Aceite
☐ Madera
☐ Petroleo
☐ Bolitas
☐ Gas Natural

Núm. de Cuenta: _____

Núm. de Cuenta: _____

APPLICANT DISCLAIMER AND RELEASE

PART 1: APPLICANT NOTICE, PROGRAM DISCLAIMERS, AND APPLICANT RESPONSIBILITIES, WAIVER & RELEASE Effective 11/01/2026

I, Applicant, understand that the government energy and weatherization assistance programs are voluntary and my application is subject to a review process to determine my household's eligibility.

I understand that in order for my household's application to be considered, I must submit a complete application that provides all required information.

I understand that I may be required to provide additional information or documentation to determine my household's eligibility.

I understand that my household's application and additional information or documentation materials will all become part of my household's application ("Application").

I understand that determinations on assistance eligibility are made by the state's Oregon Housing and Community Services (OHCS) department in conjunction with contracted subgrantee agencies In the event that my household's Application is denied, I may be entitled to a review of my Application under applicable Oregon Administrative Rules.

Upon successful enrollment in the LIHEAP/OEAP programs, I further authorize OHCS and the State of Oregon, including designated subcontractors, and OHCS Subgrantees to release my Application and ongoing LIHEAP/OEAP program benefit information held by OHCS (including its subcontractors and OHCS Subgrantees) to the Energy Services Provider (as defined below) for the purposes of administering, monitoring, researching, and evaluating LIHEAP/OEAP program delivery and efficiency.

I declare that the information I provide to complete my Application is true and correct.

I agree to comply with the government energy and weatherization assistance program requirements for eligible households.

Should I receive any heating and/or cooling equipment as result of my eligibility to these programs, I agree to hold OHCS, its sub-grantees and/or contractors harmless.

I agree that I am responsible to return ineligible funds or funds used improperly.

I authorize and hold harmless OHCS (including its subcontractors and OHCS Subgrantees) to release my Application and ongoing LIHEAP/OEAP program benefit information up and until one (1) program year following my participation in the LIHEAP/OEAP programs.

Part 2: APPLICANT NOTICE, WAIVER & RELEASE RELATED TO ENERGY SERVICE PROVIDERS & APPLICANT'S ENERGY SERVICE ACCOUNT INFORMATION

I understand that the State of Oregon, including OHCS, its designated subcontractors, and Subgrantees, may request information related to my energy services account(s) ("Account") from my energy service provider(s), including utility, fuel supplier, vendor, or other similar entity providing similar services ("Energy Services Provider"), once my household applies for energy assistance through one of the energy assistance programs, including but not limited to the Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) and Oregon Energy Assistance Program (OEAP).

I understand that information related to my Account may be requested by the State of Oregon, OHCS, its designated subcontractors, and Subgrantees for the purposes of, including but not limited to, determining my household's energy assistance eligibility, and administering, monitoring, researching, and evaluating the energy assistance programs (all of which as determined by OHCS in its sole discretion). With my signature, I acknowledge that I am the account holder (or the account holder's authorized agent) for the Energy Services Provider Account(s) identified in this Application.

I hereby authorize and hold harmless my Energy Services Provider(s) to release and provide any and all information relating to my account, including but not limited to account number, account name, service address, billing dates and amounts charged, information related to collections actions, other miscellaneous account charges and information, or other similar account data as may be requested by OHCS or its designated subcontractor (hereinafter "Account Information") to the State of Oregon, OHCS, its designated subcontractors, and Subgrantees. I understand and agree, should I receive any heating and/or cooling equipment as a result of any of these programs, I agree to hold OHCS, it's sub grantees and/or contractors harmless.

I hereby authorize and hold harmless my Energy Services Provider(s) for such release of my Account Information for up to two (2) energy assistance program years (10/1 to 9/30) prior to my Application and for three (3) program years (10/1 to 9/30) after my Application is submitted. I hereby authorize and hold harmless the State of Oregon, OHCS, its designated subcontractors, and Subgrantees in the use (as authorized by OHCS in its sole discretion) of my released Account Information.

Part 3: APPLICANT SIGNATURE

With my signature I hereby provide the required authorization, approval and acknowledgments to both PART 1 and PART 2 of this ENERGY/WEATHERIZATION ASSISTANCE APPLICATION-REQUIRED APPLICANT DISCLOSURES AND APPROVALS

REQUIRED

Applicant Signature _____ Date _____

Please continue to pay your utility bill, as much as you can afford.
You will receive notice in the mail within 6 weeks after submission.
Please note that submitting an application does not guarantee assistance.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y EXIMICIÓN DE PARTE DEL SOLICITANTE:

PARTE 1: AVISO AL SOLICITANTE, DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE, RENUNCIA Y EXENCIÓN

Efectivo 11/01/2026

Yo, el solicitante, comprendo que los programas gubernamentales de asistencia de energía y climatización son voluntarios y mi solicitud está sujeta a un proceso de revisión para determinar la elegibilidad de mi hogar.

Comprendo que para que se considere la solicitud de mi hogar, debo presentar una solicitud completa que proporcione toda la información requerida.

Comprendo que es posible que se me solicite que proporcione información o documentación adicional para determinar la elegibilidad de mi hogar.

Comprendo que la solicitud de mi hogar y la información adicional o los materiales de documentación pasarán a formar parte de la solicitud de mi hogar ("Solicitud").

Comprendo que las determinaciones sobre la elegibilidad para recibir asistencia son tomadas por el Departamento de Servicios Comunitarios y de Vivienda de Oregón (Oregon Housing and Community Services, OHCS) delestado junto con las agencias subcesionarias contratadas ("Subcesionarias").

En caso de que se rechace la Solicitud de mi hogar, es posible que tenga derecho a una revisión de mi Solicitud en virtud de las Reglas Administrativas de Oregon aplicables.

Tras la inscripción exitosa en los programas LIHEAP/OEAP, autorizo además a OHCS y al estado de Oregón, incluidos los subcontratistas designados, y las Subcesionarias de OHCS a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso en poder de OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) al Proveedor de servicios de energía (según se define a continuación) con el fin de administrar, monitorear, investigar y evaluar la entrega y eficiencia del programa LIHEAP/OEAP.

Declaro que la información que proporciono para completar mi solicitud es verdadera y correcta.

Acepto cumplir con los requisitos del programa de asistencia de energía y climatización del gobierno para los hogares elegibles.

En caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de mi elegibilidad para estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus subcesionarias y/o contratistas.

Acepto que soy responsable de devolver los fondos no elegibles o los fondos utilizados indebidamente.

Autorizo y eximo de responsabilidad a OHCS (incluidos sus subcontratistas y Subcesionarias de OHCS) a divulgar mi Solicitud y la información de beneficios del programa LIHEAP/OEAP en curso hasta un (1) año del programa después de mi participación en los programas LIHEAP/OEAP.

PARTE 2: AVISO, EXENCIÓN Y LIBERACIÓN DEL SOLICITANTE RELACIONADOS CON LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ENERGÍA Y LA INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE SERVICIOS DE ENERGÍA DEL SOLICITANTE

Entiendo que el estado de Oregon, incluidos OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias, puede solicitar información relacionada con mi cuenta (o cuentas) de servicios de energía ("Cuenta") a mi proveedor (oroveedores) de servicios de energía, incluidos la empresa de servicios, el proveedor de combustible u otra entidad similar que preste servicios similares ("Proveedor de servicios de energía"), una vez que mi hogar solicite asistencia energética a través de uno de los programas de asistencia energética, incluidos, entre otros, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) y el Programa de Asistencia de Energía de Oregón (OEAP).

Comprendo que la información relacionada con mi Cuenta puede ser solicitada por el Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias a fin de, entre otras cosas, determinar la elegibilidad para la asistencia energética de mi hogar, y administrar, monitorear, investigar y evaluar los programas de asistencia energética (todo ello según lo determine OHCS a su entera discreción).

Con mi firma, Reconozco que soy el titular de la cuenta (o el agente autorizado del titular de la cuenta) para la cuenta (o cuentas) del proveedor de servicios de energía identificada en esta solicitud.

Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi proveedor(es) de servicios de energía a divulgar y proporcionar toda la información relacionada con mi cuenta, incluidos, entre otros, el número de cuenta, el nombre de cuenta, la dirección de servicio, las fechas de facturación y los montos cobrados, la información relacionada con acciones de cobro, otros cargos e información varios de la cuenta, u otros datos similares de la cuenta que puedan solicitar OHCS o su subcontratista designado (en adelante, "Información de la cuenta") al estado de Oregón, OHCS, sus subcontratistas designados, y Subcesionarias.

Comprendo y acepto que, en caso de recibir cualquier equipo de calefacción y/o refrigeración como resultado de cualquiera de estos programas, acepto eximir de responsabilidad a OHCS, sus Subcesionarias y/o contratistas. Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad a mi(s) Proveedor(es) de Servicios de Energía por dicha divulgación de la Información de mi Cuenta duran at es uu ne nmteárxaim dois dcree dciónos ().2) años del programa de asistencia energética (10/1 al 9/30) antes de mi Solicitud y durante tres (3) años del programa (10/1 al 9/30) después de que se presente mi Solicitud. Por el presente, autorizo y eximo de responsabilidad al Estado de Oregon, OHCS, sus subcontratistas designados y Subcesionarias en el uso (según lo autorice OHCS a su entera discreción) de mi Información de cuenta divulgada.

PARTE 3: FIRMA DEL SOLICITANTE

Con mi firma, por el presente, doy la autorización, aprobación y reconocimientos requeridos tanto a la PARTE 1 como a la PARTE 2 de esta SOLICITUD DE ASISTENCIA ENERGÉTICA/DE CLIMATIZACIÓN:

Obligatorio

Firma del solicitante

Fecha

Por favor, continúe pagando su factura de servicios pública, según sus posibilidades.
Recibirá una notificación por correo dentro de las 6 semanas posteriores a la presentación.
Tenga en cuenta que presentar una solicitud no garantiza la asistencia.

Zero Income Declaration

Klamath and Lake Community Action Services

Please fill out this form for all household members who are 18 or older who have

No income or informal income sources



Examples of Informal Income Sources

Informal child / spousal support
Can deposits / selling scrap metal
Cash gifts for three months in a row
Working for cash



Household Member Name	Total Income received in the last 30 days	Source of Income
Example: John Doe	$50.00	Mowing lawns for cash.

How do you currently pay for your basic needs, such as rent, food and utilities?

I certify that the information stated is true and accurate by signing this form. I understand that there can be criminal penalties if false information results in assistance for which I am not eligible. I also understand that providing false information constitutes an act of fraud.

Applicant Signature:

Date:

Declaraciones de Ingresos Cero

Klamath and Lake Community Action Services

Por favor, llena este formulario para todos los miembros del hogar que tengan 18 años o más y que tengan

Sin ingresos ni fuentes informales

Ejemplos de fuentes de ingresos informales:



Manutención informal de hijos / cónyuges
Depósitos de latas / venta de chatarra
Regalos en efectivo durante tres meses seguidos
Trabajando por dinero



Hoja de trabajo para trabajo independiente disponible en nuestro sitio web o bajo solicitud.

Nombre del miembro del hogar	Ingreso total recibido en los Últimos 30 días	Fuente de Ingresos
Ejemplo: John Doe	$50.00	Cortar césped por dinero.

¿Cómo pagas actualmente tus necesidades básicas, como renta, comida y servicios?

Certifico que la información dada es verdadera y precisa firmando este formulario .
Entiendo que puede n haber sanciones penales si información falsa result a en asistencia para la cual no soy elegible.
También entiendo que proporcionar información falsa constituye un acto de fraude.

Firma de Solicante

Fecha