

**AMENDMENT ONE
BETWEEN
FLORIDA DEPARTMENT OF ELDER AFFAIRS
AND
ALLIANCE FOR AGING, INC.**

THIS AMENDMENT, entered into between the Florida Department of Elder Affairs, (DOEA or Department) and Alliance for Aging, Inc.. (Contractor), hereby amends contract KP025.

WHEREAS the purpose of this Amendment is to replace contractual language and replace attachments.

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:

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 Department.

3. Attachment X, Budget Summary, is hereby replaced.
4. Attachment XIV, Invoice Schedule, is hereby replaced.
5. Attachment XV, EHEAP Application and eligibility worksheet, is hereby replaced.

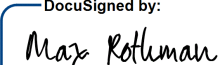
All provisions in the contract and any attachments there to in conflict with this Amendment shall be and are hereby changed to conform to this Amendment.

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 (8) page Amendment to be executed by their officials as duly authorized, and agree to abide by the terms, conditions and provisions of Contract KP025 as amended. This Amendment is effective on the last date the Amendment has been signed by both Parties.

ALLIANCE FOR AGING, INC.

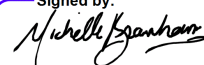
SIGNED BY:  DocuSigned by: Max Rothman

NAME: Max Rothman 02206EC13E6C479...

TITLE: Pres. & CEO

DATE: 2/18/2026

FLORIDA DEPARTMENT OF ELDER AFFAIRS

SIGNED BY:  Signed by: Michelle Branham

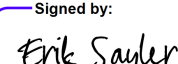
Name: Michelle Branham A9A2BE65E6554B1...

Title: Secretary

DATE: 2/22/2026

Approved as to form and legal sufficiency, subject only to full and proper execution by the Parties.

**OFFICE OF GENERAL COUNSEL
FLORIDA DEPARTMENT OF ELDER AFFAIRS**

SIGNED BY:  Signed by: Erik Sayler

Name: Erik Sayler 848F90A930114CD... Date: 2/18/2026

Title: General Counsel

ATTACHMENT X
BUDGET SUMMARY

PSA: 11

Alliance for Aging, Inc.

EMERGENCY HOME ENERGY ASSISTANCE FOR THE ELDERLY PROGRAM

	Award*
TOTAL ADMINISTRATIVE BUDGET	\$105,019.00
TOTAL OUTREACH BUDGET	\$141,775.00
CRISIS ASSISTANCE	\$803,412.00
WEATHER RELATED/SUPPLY SHORTAGE CRISIS***	\$ 0.00
TOTAL	\$1,050,206.00

Projected minimum number of Individuals to be served Crisis Energy Assistance **

2676

****Eligible households may be provided with multiple benefits per program year, totaling no more than \$2,000.00. The minimum number of individuals to be served crisis energy assistance may reflect duplicated consumers if a consumer receives multiple benefits.**

****Weather Related/Supply Shortage funds are a set-aside for emergency assistance. These funds must be held in this budget line item category until December 15th of the program year, for use in response to a possible disaster.**

*** Award amount to be spent July 1, 2025 to June 30, 2026. Please note this date may be extended by the Florida Department of Commerce and will be communicated via email.**

ATTACHMENT XIV
INVOICE REPORT SCHEDULE

<u>Invoice Number</u>	<u>Based Upon</u>	<u>Date Due to the Department</u>
1 - KP025JUL	July Expenditure Report	August 15, 2025
2 - KP025AUG	August Expenditure Report	September 15, 2025
3 - KP025SEP	September Expenditure Report	October 15, 2025
4 - KP025OCT	October Expenditure Report	November 15, 2025
5 - KP025NOV	November Expenditure Report	December 15, 2025
6 - KP025DEC	December Expenditure Report	January 15, 2026
7 - KP025JAN	January Expenditure Report	February 15, 2026
8 - KP025FEB	February Expenditure Report	March 15, 2026
9 - KP025MAR	March Expenditure Report	April 15, 2026
10 - KP025APR	April Expenditure Report	May 15, 2026
11 - KP025MAY	May Expenditure Report	June 15, 2026
12 - KP025JUN	June Expenditure Report	July 15, 2026
13 - KP025FIN	Final Closeout Report	July 24, 2026
14 - KP025CLO	Closeout Report	July 31, 2026

Note 1:

Submission of invoices may or may not generate a payment request. If final invoice reflects funds due back to the Department, payment is to accompany the final close-out invoice.

ATTACHMENT XV

EHEAP APPLICATION AND ELIGIBILITY WORKSHEET

Section One: Applicant (Aged 60 and older) Information				Date Stamp
Name: (First, M, Last)		☐ EHEAP ☐ Heating Season ☐ Cooling Season		
Date of birth:	Age:	SSN:		
Service address:		City:		
Florida County:	Zip Code:	Phone:		
Gender: ☐ Male ☐ Female		Number of people in the household:		Intake worker's name:
Marital Status: ☐ Married ☐ Partnered ☐ Single ☐ Separated ☐ Divorced ☐ Widowed				Phone:
Race: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Asian ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ American Indian/Alaska Native ☐ Other				
Ethnicity: ☐ Hispanic/Latino ☐ Other		Primary Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other _____		
Does client have limited ability reading, writing, speaking, or understanding the English language? ☐ Yes ☐ No				
Is the client a veteran? ☐ Yes ☐ No		Was client referred to the local Veteran's Affairs office? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A		
Applicant's income type(s):		Applicant's monthly income amount:		
Section Two: Additional Household Members Information				
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:	
Section Three: Household Characteristics				
Is there a child 5 years of age or younger in the household? ☐ Yes ☐ No				
If Yes, select all that applies: ☐ 0-2 years old ☐ 3-5 years old				
Is there an individual with a disability in the household? ☐ Yes ☐ No				
Is the applicant a U.S. citizen or an alien lawfully admitted for permanent residence? ☐ Yes ☐ No				
Is the applicant a homeowner? ☐ Yes ☐ No				
Does applicant live in government subsidized housing, such as Section 8? ☐ Yes ☐ No				
If yes, provide the complex name: _____				
If yes, does the household receive an energy subsidy? ☐ Yes ☐ No				
Does applicant live in a student dormitory, adult family care home, or any kind of group living facility? ☐ Yes ☐ No				
If yes, provide the facility name: _____				
Section Four: Heating and Cooling Information				
Have you or any member of your household received energy assistance in the current season? ☐ Yes ☐ No				
If yes, provide the name of Agency: _____				
Type of Assistance: ☐ Crisis ☐ Home Energy ☐ Weather-Related Date: _____				
What is the primary source of home heating? (select one) ☐ Electricity ☐ Natural Gas ☐ Propane ☐ Wood/Coal ☐ Refillable Fuels				
Does household use supplemental heating source? ☐ Electricity ☐ Wood/Coal ☐ N/A				
Air conditioning unit type? ☐ Central A/C ☐ Window/Wall A/C ☐ Fans ☐ Other – specify (including evaporative cooler)				
Section Five: Energy Crisis Explanation		Client Attestation and Signature		
☐ 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.) Client Signature: _____ Date: _____		
☐ Unable to get delivery of fuel, is out of fuel, or is in danger of being out of fuel for heating. (Life-Threatening)				
☐ 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)				
☐ Notified that the energy source for cooling or heating is going to be disconnected. (Standard)				
☐ Received a notice indicating the energy source bill is delinquent or past due. (Standard)				
☐ Has an energy source bill for which the due date has lapsed. (Standard)				

ALL CLIENTS SHOULD SIGN THE WAIVER, AUTHORIZING THE RELEASE OF GENERAL AND/OR CONFIDENTIAL INFORMATION FOR LHEAP/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

Section Six: Income Eligibility Determination

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: 100% of Max Income Value (MIV) 50% of MIV	
2. Add Medicare Premium (\$202.90), if not included in SSA amount.			☐ 1.....\$32,155 \$ 16,078	
3. Add Medicare Part D, if applicable.			☐ 2.....\$42,049 \$ 21,025	
4. To annualize, multiply the monthly total by 12 months.			☐ 3.....\$51,943 \$ 25,972	
Annual Household Income		☐ 4.....\$61,837 \$ 30,919		
\$ _____		☐ 5.....\$71,730 \$35,865		
		☐ 6.....\$81,624 \$ 40,812		
		☐ 7.....\$83,479 \$ 41,740		
		☐ 8.....\$85,335 \$ 42,668		
		(Please refer to the Federal Poverty Guidelines (FPG) Benefits Matrix for income ranges for households with 9-or-more individuals.)		
☐ 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.			

Section Seven: Vendor, Benefit, and Verification Information

<u>Energy Vendor #1</u> Name: _____		<u>Other Vendor #1</u> Name: _____		Contact made with LIHEAP provider to verify previous crisis assistance. Contact Person: _____ Date of contact: _____ Has the applicant received LIHEAP crisis assistance during the current season? ☐ Yes ☐ No	
Account Number: _____		Account/Voucher Number: _____ Date: _____			
Minimum Amount Due: _____		Amount Due: _____			
Verification and Commitment Contact Person: _____ Date: _____		☐ Blanket ☐ Portable Fan ☐ Space Heater ☐ Window A/C		☐ Repair Existing Heating or Cooling Equipment ☐ Emergency Shelter ☐ Other	
<u>Energy Vendor #2</u> Name: _____		<u>Other Vendor #2</u> Name: _____		If the minimum amount due is more than the past due amount, did the energy vendor verify that this amount is required? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A	
Account Number: _____		Account/Voucher Number: _____ Date: _____			
Minimum Amount Due: _____		Amount Due: _____			
Verification and Commitment Contact Person: _____ Date: _____		☐ Blanket ☐ Portable Fan ☐ Space Heater ☐ Window A/C		☐ Repair Existing Heating or Cooling Equipment ☐ Emergency Shelter ☐ Other	
(1) Total Energy Vendors		(4) Total Other Vendors		Is the name on the fuel bill that of the applicants? ☐ Yes ☐ No If no, provide name on bill: _____	
(2) Energy Subsidy		Total EHEAP Benefit Add Total Energy Vendor (4) & Total Other Vendor (4)			
(3) Water, Sewer, Garbage, Fire, etc.					
(4) Deduct (2&3) from (1)					

Section Eight: Weatherization Assistance Program (WAP) Referral

If the applicant is a homeowner, has he/she received more than three LIHEAP or EHEAP benefits in the last 18 months? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A
If the answer to the previous question is "yes", was the applicant referred to WAP? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A
If the answer to the last question is "no", explain:

Section Nine: Resolution of Crisis

Resolution of the Heating/Cooling Energy Crisis occurred within 18/48 hours, by the following eligible action(s): (Select all that apply)	
☐ Approval of application	☐ EHEAP benefit prevented disconnection
☐ Commitment made to vendor	☐ EHEAP benefit restored energy already disconnected
☐ Denial of Application, pending additional information	☐ Yes, client signed waiver
☐ Denial of Application, ineligible	☐ No, client refused to sign waiver
☐ Written referral and assistance to access other community resources	

Case Worker Signature	Approval Signature
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. <u>I have reviewed and approved this application for crisis assistance.</u>
Case Worker's Name:	Supervisor/Peer's Name:
Case Worker's Signature:	Supervisor/Peer's Signature:
Date:	Date:
Agency Name:	Agency Name:

Sección uno: Información del aplicante (60 años o más)			
Nombre: (Nombre, segundo nombre, apellido)		☐ EHEAP ☐ Temporada caliente ☐ Temporada fría	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número Seg. Soc:	
Dirección de servicio:			
Ciudad:	Condado:	Código postal:	
Sexo: ☐ M ☐ F	Número de personas en el hogar:	Teléfono:	
Estado Civil: ☐ Casado/a ☐ Conviviente ☐ Soltero/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a			
Raza: ☐ Blanca ☐ Negra/Afro-americana ☐ Asiática ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico ☐ Indio americano/Nativo de Alaska ☐ Otro			
Etnicidad: ☐ Hispano/Latino ☐ Otro		Lengua materna: ☐ inglés ☐ español ☐ otro _____	
¿El cliente tiene limitaciones para leer, escribir, entender o hablar el inglés? ☐ Sí ☐ No			
¿El cliente es veterano? ☐ Sí ☐ No		¿El cliente ha sido derivado a la Oficina de Asuntos del Veterano? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A	
Tipo(s) de ingreso(s) del solicitante:		Ingreso mensual del solicitante:	
Sección dos: Información sobre otros miembros en el hogar			
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:
Sección tres: Características de los miembros del hogar			
¿Hay un niño menor de 5 años en el hogar? ☐ Sí ☐ No			
De ser afirmativo, seleccione las que apliquen: ☐ 0-2 años de edad ☐ 3-5 años de edad			
¿Existe alguna persona con discapacidades en el hogar? ☐ Sí ☐ No			
¿El solicitante es ciudadano estadounidense o extranjero con una residencia permanente? ☐ Sí ☐ No			
¿El solicitante es dueño de la vivienda? ☐ Sí ☐ No			
¿El solicitante vive en una vivienda subsidiada por el gobierno, tal como <i>Section 8</i> ? ☒ Sí ☐ No			
Si es afirmativo, provea el nombre del complejo habitacional: _____			
Si es afirmativo, ¿El hogar recibe alguna ayuda en los servicios de electricidad? ☐ Sí ☐ No			
¿El solicitante vive en una residencia universitaria, hogar de cuidado familiar para adultos, o cualquier otro tipo de instalación compartida? ☐ Sí ☐ No			
Si es afirmativo, provea el nombre de la instalación: _____			
Sección cuatro: Información sobre aire acondicionado y calefacción			
¿Ha recibido usted o algún miembro de su hogar ayuda con los servicios de electricidad en la temporada actual? ☐ Sí ☐ No			
Si es afirmativo, provea el nombre de la agencia: Tipo de ayuda: ☐ Crisis de energía ☐ Energía del hogar ☐ Relacionado con el clima Fecha: _____			
¿Cuál es la fuente principal de calefacción doméstica? (seleccione una) ☐ Electricidad ☐ Gas natural ☐ Gas propano ☐ Madera/carbón ☐ Combustibles rellenables			
¿El hogar utiliza una fuente de calefacción suplementaria? ☐ Electricidad ☐ Madera/carbón ☐ N/A			
Tipo de aire acondicionado ☐ A/C Central ☐ A/C de ventana/pared ☐ Ventiladores ☐ Otros – especifique (tales como aire acondicionado portátil) _____			
Sección cinco: Explicación de la crisis de energía		Certificación y firma del cliente	
☐ 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).	
☐ 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)			
☐ 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)			
☐ Se le notificó que se va a desconectar la fuente de energía para el aire acondicionado o calefacción. (Estándar)			
☐ Recibió una notificación indicando que la factura de electricidad está atrasada o vencida. (Estándar)			
☐ Tiene una factura de electricidad cuya fecha de vencimiento ha caducado. (Estándar)		Firma del cliente: _____	
		Fecha: _____	

TODOS LOS CLIENTES DEBEN FIRMAR LA EXENCIÓN, AUTORIZANDO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN GENERAL Y/O CONFIDENCIAL PARA EL INFORME FEDERAL DE LIHEAP/EHEAP

*Su número de seguro social (SSN) es confidencial en virtud de la ley. No podemos recolectar 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 autorice 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.

Hoja de admisibilidad del Programa de Asistencia de Emergencia Energética en el Hogar para Adultos Mayores					
Sección seis: Determinación de la admisibilidad de ingresos					
Anualice todos los Ingresos del hogar		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,		Guía del Ingreso promedio del estado a partir del 01/10/2024	
1. Sume todos los Ingresos brutos mensuales ganados y aquellos ingresos no salariales de los últimos 30 días de todos los				Seleccione el límite de Ingresos anuales según el tamaño de la unidad familiar:	
2. Agregue la prima de Medicare (\$202.90), si no está incluida en el monto de los beneficios del				150% máximo del valor de Ingresos (MVI) 50% de MVI	
3. Agregue la Parte D de Medicare, si es necesario.				☐ 1.....\$32,155 \$16,078	
4. Para anualizar, multiplique el total mensual por 12 meses.				☐ 2.....\$42,049 \$21,025	
Ingreso anual del hogar				☐ 3.....\$51,943 \$25,972	
\$ _____				☐ 4.....\$61,837 \$30,919	
				☐ 5.....\$71,730 \$35,865	
				☐ 6.....\$81,624 \$40,812	
				☐ 7.....\$83,479 \$41,740	
				☐ 8.....\$85,335 \$42,668	
				(Consulte la estructura de los índices federales de pobreza (FPG) para conocer los rangos de ingresos para hogares con 9 o más personas).	
☐ 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					
Proveedor de energía #1		Otro proveedor #1		Contacto realizado con el proveedor de LIHEAP para verificar la previa asistencia de crisis de energía.	
Nombre:		Nombre:		Persona de contacto:	
Número de cuenta:		Número de cuenta/ comprobante:		Fecha:	
Importe mínimo adeudado:		Cantidad adeudada:		Fecha de contacto:	
Verificación y obligaciones		☐ Mantas ☐ Ventilador portátil ☐ Calefactor ☐ A/C de ventanas		☐ Reparación de equipos de calefacción o aire acondicionado existentes ☐ Refugio de emergencia ☐ Otros: _____	
Persona de contacto:				Si el Importe mínimo adeudado es mayor que la cantidad adeudada anterior, ¿el proveedor de energía verificó que se requiera ese monto?	
Fecha:				☐ SI ☐ No ☐ N/A	
Proveedor de energía #2		Otro proveedor #2			
Nombre:		Nombre:			
Número de cuenta:		Número de cuenta/ comprobante		Fecha:	
Importe mínimo adeudado:		Cantidad adeudada:		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.	
Verificación y obligaciones		☐ Mantas ☐ Ventilador portátil ☐ Calefactor ☐ A/C de ventanas		☐ Reparación de equipos de calefacción o aire acondicionado existentes ☐ Refugio de emergencia ☐ Otros: _____	
Persona de contacto:					
Fecha:					
(1) Total del proveedor/es de energía		\$		(4) Total de otros proveedores \$	
(2) Subsidio de energía		\$		Renta total de EHEAP Suma el total del proveedor de energía (4) y el total de otros proveedores (4) \$	
(3) Agua, alcantarillado, basura, fuego, etc.		\$			
(4) Deducible (2&3) de (1)		\$			
				¿El nombre que figura en la factura de combustible es el del solicitante?	
				☐ SI ☐ 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?					
☐ SI ☐ No ☐ N/A					
Si la respuesta a la pregunta anterior es "SI", ¿el solicitante obtuvo una referencia de WAP? ☐ SI ☐ No ☐ N/A					
Si la respuesta a la última pregunta es "No", explique: _____					

Sección nueve: Solución de la crisis	
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)	
☐ Aprobación de la aplicación	☐ Los beneficios de EHEAP evitó la desconexión
☐ Compromiso hecho con el proveedor	☐ Los beneficios de EHEAP restauró la energía cortada
☐ Aplicación denegada, Información adicional pendiente	☐ Si, el cliente firmó la exención
☐ Aplicación denegada, no cumple con los requisitos	☐ No, el cliente se negó a firmar la exención
☐ Obtuvo una referencia por escrito y ayuda para acceder a otros servicios de la comunidad	
Firma del encargado/a del caso He determinado la admisibilidad del solicitante. No soy el solicitante, ni su amigo, pariente o empleado del solicitante.	Firma de aprobación 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: