



# Solicitud de Project DESERVE

Este programa da ayuda a los clientes actuales de Westar Energy. Las solicitudes se pueden entregar por el servicio de correos a Center of Hope Inc., P.O. Box 3237, Wichita, KS 67201; por fax (316) 267-7778; o por correo electronico [ProjectDeserve@centerofhopeinc.org](mailto:ProjectDeserve@centerofhopeinc.org). Inscripcion por internet esta disponible en centerofhopeinc.org. Favor de leer la pagina 3 para más información importante y requisitos. La ayuda es determinada en base a la necesidad y a los fondos disponibles, si tiene alguna pregunta, puede llamarnos a 316-219-2121. Para ser elegible para este programa, un miembro de su familia debe de tener al menos 65 años, ser discapacitado o el ingreso total de su familia debe de estar por debajo de los limites de ingreso mostrados en el cuadro de abajo.

**para ser elegible a este programa, un miembro de su casa debera satisfacer una de las siguientes categorías**

65 años o mas o recibe ingresos permanentes por discapacidad de SSI o SSD

O

Cumple con las pautas de ingresos que se muestran en el cuadro de abajo.

*Si es aprobado, usted será atendido con la cantidad adeudada en su cuenta en el momento de la revisión, hasta \$ 300.*

*Si es aprobado, usted será atendido con la cantidad adeudada en su cuenta en el momento de la revisión, hasta \$ 100.*

Información de casa			
Haga una lista de <b>todos</b> los miembros de su casa. Su cuenta de Evergy tiene que estar a nombre de un adulto que vive en su casa. Empiece con la persona la cual el nombre esta la cuenta. <i>Por favor escriba claro</i>			
Nombre (apellido, primer nombre, Inicial del Segundo nombre) (todos en casa)	Ultimos 4 digitos de seguro social (solo adultos)	Sexo M o F	Edad
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Casa	Ingresos brutos (no incluyendo estampillas de comida)		
	Tamaño	Anual	Mes
1		\$17,667	\$1,473
2		\$23,803	\$1,984
3		\$29,939	\$2,495
4		\$36,075	\$3,007
5		\$42,211	\$3,518
6		\$48,347	\$4,029
7		\$54,483	\$4,541
8		\$60,619	\$5,052

Telefono del Apicante: \_\_\_\_\_ Correo Electronico del Apicante: \_\_\_\_\_

Dirreccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

**Por favor indique porque necesita ayuda con su factura:**

- No hay suficiente ingresos     
  Perdida de ingresos     
  Una factura de utilidades mas cara de lo normal     
  Una cuenta medica mas de lo normal     
  Otra



## Verificación Necesaria

Para que su solicitud de ayuda sea considerada, debe de incluir **COPIAS** de lo siguiente:

- Verificación actual por cada tipo de ingresos de todos los miembros de su casa por los 30 días pasados
- Una copia de su factura actual de Evergy
- Comprobante de dirección, puede ser otra factura de servicios públicos o la factura del teléfono a su nombre en esta dirección.

**NO INCLUYA copias originales** porque no se las devuelven. Todos los documentos se destruyen después de revisarlos.

**Asegurese de firmar y poner la fecha al final de esta pagina.**

---

---

### Información para notificarle

**Se le notificará, por escrito, de nuestra decisión. Por favor permita hasta 4 semanas para recibir una notificación por correo. Por favor devuelva la aplicación y verificación completado usando uno de los siguientes:**

**Fax:** (316) 267-7778

**Correo**

**Electronico:** ProjectDeserve@centerofhopeinc.org

**Correo:** Center of Hope Inc.  
Project DESERVE  
P.O. Box 3237  
Wichita, KS 67201

**Internet:** centerofhopeinc.org

---

---

### **POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CON CUIDADO ANTES DE FIRMARLO**

***La firma de abajo significa que entiendo y consiento de todo lo siguiente:***

- ✓ Entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar la prueba actual de todos los ingresos de los hogares, una copia actualizada de mi factura de servicios públicos y otra factura mensual en mi nombre para determinar mi elegibilidad.
- ✓ **Entiendo que tengo que seguir haciendo los pagos regulares a mi proveedor de energía y que cualquier beneficio de Project Deserve que se reciban no tomara el lugar de mi responsabilidad de pagar el vendedor**
- ✓ Entiendo que se determina mi elegibilidad por las reglas de Project Deserve.
- ✓ **Entiendo que esta ayuda es disponible solamente una vez al año a las solicitudes que se reciban primero y que demuestran que necesitan ayuda financiera.**
- ✓ Autorizo a mi compañía de utilidades a dar mi historial de pagos y otra información a Center of Hope. También autorizo a Center of Hope a dar información sobre mi solicitud a mi compañía de utilidades.
- ✓ **Entiendo que las solicitudes que no están completas con toda la información o verificación no se procesan y se destruyen.**
- ✓ Certifico que toda información que he proporcionada es completa y exacta.

---

Firma del miembro adulto de la casa

(    )  
Fecha

Número del teléfono del día



Project DESERVE  
P.O. Box 3237  
Wichita, KS 67201