

## Applicant Information

Full Name: \_\_\_\_\_

Physical Address: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Mobile Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

## Household Member Information

Name	Relationship	Annual Gross Income	Birth Date	Race	Disabled	Respiratory Condition
	Applicant				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

## Building Information

Year Built: \_\_\_\_\_  Single Built  Mobile Home  Duplex  Condo  Apartment

Are you a:  Homeowner  Renter | If Renter, Landlord Name: \_\_\_\_\_

Landlord Home Phone: \_\_\_\_\_ Mobile Phone: \_\_\_\_\_

## Energy Information

What type of heating unit is used in the home?  
 Electric  Natural Gas  Propane  Wood  
 Furnace  Wall/Baseboard Heater  Space Heater  Heat Pump  
 Wood Stove  Pellet Stove  Fireplace  Other: \_\_\_\_\_

Existing Water Heater?  Yes  No | Condition:  Electric  Natural Gas  Fair  Leaking

Stove Type?  Natural Gas  Electric | Does the home need insulation?  Yes  No  Unsure

Have you received Energy Assistance in the last 12 months?  Yes  No | If yes, what county? \_\_\_\_\_

What type of repairs does your home need?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Información del Aplicante						
Nombre Completo:						
Dirección física:						
Dirección de envío::						
Ciudad:		Código Postal:		Condado:		
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:		Teléfono de trabajo:		
Dirección de correo electrónico:						
Información de los miembros del hogar						
Nombre	Relación	Ingresos Brutos Anual	Fecha de Nacimiento	Raza	Discapacitado	Condicion Respiratoria
	Solicitante				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Información del edificio						
Año construido: <input type="checkbox"/> Casa Unifamiliar <input type="checkbox"/> Casa móvil <input type="checkbox"/> dúplex <input type="checkbox"/> Condominio <input type="checkbox"/> Apartamento						
Es usted: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Inquilino		Si alquila, Nombre del arrendador:				
Teléfono de casa del arrendador:				Teléfono móvil:		
Información de energía						
¿Qué tipo de calefacción se utiliza en el hogar? <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Gas Natural <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Leña		<input type="checkbox"/> Horno <input type="checkbox"/> Calefactor de pared <input type="checkbox"/> Calefactor portátil <input type="checkbox"/> Bomba de calor <input type="checkbox"/> Estufa de leña <input type="checkbox"/> Estufa de pellets <input type="checkbox"/> Chimenea <input type="checkbox"/> Otro:				
¿Calentador de agua existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Gas Natural		Condición: <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Con fugas		
¿Tipo de estufa? <input type="checkbox"/> Gas Natural <input type="checkbox"/> Eléctrico		¿La casa necesita aislamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro				
¿Ha recibido Asistencia de Energía en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				En caso afirmativo, ¿qué condado?		
¿Qué tipo de reparaciones necesita su casa?						

