

Si considera que tiene una emergencia de calefacción comuníquese con la oficina de asistencia del condado (CAO) que le corresponde.

Una lista de las CAO y otra información útil está disponible en:

www.dhs.pa.gov/LIHEAP

Línea de asistencia sin cargo en todo el estado
1-866-857-7095

Condado de Philadelphia
Llame al (215) 560-1583.

Si tiene dificultades auditivas o del habla, puede llamar a los Servicios de Retransmisión de PA marcando el 711.

Solicite en línea en
www.dhs.pa.gov/COMPASS

También puede obtener una solicitud en la oficina de asistencia del condado local.

Si necesita ayuda para pagar sus facturas de calefacción o si tiene una emergencia de calefacción...

es posible que pueda recibir ayuda de LIHEAP



Pennsylvania
Department of Human Services

HSEA 18-S 8/25

Important Information about an Energy Assistance Program

ព័ត៌មានសំខាន់អំពីជំនួយលើថ្លៃ អគ្គិសនីស្បែក
(ENERGY ASSISTANCE PROGRAM) ។

关于能源补助计划的重要消息

معلومات مهمة حول برنامج معونة الطاقة

Información importante sobre un programa de asistencia para el pago de energía

Thông báo quan trọng về chương trình trợ giúp năng lượng

Важная информация о программе помощи в оплате счетов за электро- энергию.

¿Qué es LIHEAP?

El Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) ayuda a familias con ingresos elegibles a pagar sus facturas de calefacción. LIHEAP es un subsidio. No lo tiene que devolver.

Para recibir ayuda...

- Presentar la solicitud entre el 3 de noviembre de 2025 y el 10 de abril de 2026.
- No es requisito que ya esté recibiendo asistencia pública
- No es requisito que tenga facturas de calefacción sin pagar
- Puede alquilar o ser dueño de su vivienda

¿Cómo funciona el programa LIHEAP?

LIHEAP ofrece tanto subsidios en efectivo como subsidios por situaciones de crisis. Las familias pueden solicitar:

Subsidios en efectivo

Los subsidios en efectivo ayudan a las familias a pagar sus facturas de calefacción. El pago único se envía directamente a su proveedor de servicios públicos o proveedor de combustible y se acredita a su factura. (En algunos casos, el cheque se le enviará a usted directamente.) Los subsidios en efectivo van de \$200-\$1000 y se basan en el número de miembros del hogar, los ingresos y el tipo de combustible.

Subsidios de crisis

Los subsidios de crisis pueden estar disponibles para usted, si tiene una situación de emergencia y está en peligro de perder su servicio de calefacción. Usted puede recibir más de un subsidio de crisis, según sea necesario, durante la temporada, hasta que se alcance el límite de sus beneficios de \$1000.

Entre las situaciones de emergencia se incluyen:

- Equipo de calefacción roto o tuberías con pérdidas o fugas que deban repararse o reemplazarse
- Falta de combustible
- Se ha cortado el servicio de gas o electricidad
- Peligro de quedarse sin combustible en un plazo de 15 días o haber recibido un aviso de corte de los servicios de gas o electricidad.

Si tiene una emergencia de calefacción, llame a la oficina de asistencia del condado que le corresponde.

¿Cómo lo solicito?

- Solicite el beneficio en línea en: www.dhs.pa.gov/COMPASS
- Pida una solicitud al llamar a la línea telefónica de LIHEAP en todo el estado al 1-866-857-7095, o llame a PA Relay al 711 en caso de tener problemas auditivos.
- También puede obtener una solicitud en la oficina de asistencia del condado local

Para solicitar el subsidio, necesitará

- Los nombres de las personas de su grupo familiar
- Las fechas de nacimiento de todos los miembros de su grupo familiar
- Los números de Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar
- Comprobante de los ingresos de todos los miembros de su grupo familiar
- Una factura de calefacción reciente

¿Quién lo puede obtener?

Si cumple con los siguientes límites de ingresos, es posible que cumpla los requisitos para recibir un subsidio del programa LIHEAP:

LÍMITES DE INGRESOS 2025 - 2026 LIHEAP

| Tamaño del grupo familiar | Ingresos máximos |
|---------------------------|------------------|
| 1 | \$ 23,475 |
| 2 | \$ 31,725 |
| 3 | \$ 39,975 |
| 4 | \$ 48,225 |
| 5 | \$ 56,475 |
| 6 | \$ 64,725 |
| 7 | \$ 72,975 |
| 8 | \$ 81,225 |
| 9 | \$ 89,475 |
| 10 | \$ 97,725 |

Cada persona adicional agregar \$ 8,250

Estas directrices se actualizarán en febrero de 2026

Después de la evaluación de su solicitud, usted recibirá un aviso por escrito que le dirá si cumple con los requisitos. Si usted cumple con los requisitos, en la carta se le informará la cantidad de su subsidio.

2025-26 SOLICITUD PARA EL PROGRAMA PARA ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)

Para solicitar el beneficio de asistencia para energía, debe completar todas las preguntas del frente y reverso y firmar donde está la "X" de color rojo.

TAMBIEN PUEDE SOLICITAR EL BENEFICIO EN LINEA EN www.dhs.pa.gov/COMPASS, o encuentre la dirección de la Oficina de Asistencia de su condado en WWW.DHS.PA.GOV.

SU NOMBRE Y DIRECCIÓN

Dirección de su Oficina de Asistencia del Condado

DHS USE ONLY

Si necesita ayuda con estas instrucciones, contacte a la oficina de asistencia de su condado.

1 Complete esta sección con los datos del cabeza de familia.

*Use los códigos de la página 2 para ayudar a proporcionar los detalles.

| | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Nombre (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | Fecha de nacimiento | Sexo | Número de Seguro Social |
| Dirección particular (incluya calle y número, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4) | | | |
| Dirección postal, si es diferente (incluya calle, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4) | | | |
| Condado en el que reside | Número de teléfono: () | Ciudadanía* | Raza (opcional)* |
| | | Grupo étnico (opcional)* | Estado civil* |
| Si usted actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

2 What language do you prefer? ¿Qué idioma prefiere usted? ☐ English/Inglés ☐ Spanish/Español
☐ Other/Otro (specify/especifique) _____

Do you need an interpreter? ¿Necesita un intérprete? ☐ Yes/Sí ☐ No

If yes, what language? En caso afirmativo, ¿de qué idioma? _____

3 Usted:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> alquila y los gastos de calefacción están incluidos | <input type="checkbox"/> alquila una vivienda subsidiada/del programa "Section 8" con gastos de calefacción incluidos |
| <input type="checkbox"/> alquila y los gastos de calefacción no están incluidos | <input type="checkbox"/> alquila una vivienda subsidiada/del programa "Section 8" con gastos de calefacción no incluidos |
| <input type="checkbox"/> vive con este grupo familiar sin ser pariente | <input type="checkbox"/> es propietario o está comprando su vivienda <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Si el gasto de calefacción está incluido en su alquiler, adjunte una nota del propietario que le alquila la vivienda en la que declare que el gasto de calefacción está incluido, así como el tipo de combustible utilizado.

4 ¿Cuál es su fuente principal de calefacción? Elija el tipo de energía que más utiliza para calefaccionar su hogar. Solo puede recibir beneficios del Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) para la fuente de energía principal o el tipo de energía que alimenta su fuente principal. Adjunte una copia de la última factura.

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Aceite | <input type="checkbox"/> Carbón | <input type="checkbox"/> Gas natural | <input type="checkbox"/> Querosén | <input type="checkbox"/> Gas propano o envasado | <input type="checkbox"/> Combustibles mixtos | <input type="checkbox"/> Madera/Otros |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|

4a ¿Necesita electricidad para el funcionamiento de su fuente de calor principal (calor secundario)? ☐ Sí ☐ No

5 Marque si algo de lo siguiente se aplica y explique si es necesario (Crisis de LIHEAP):

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Servicio de electricidad suspendido | <input type="checkbox"/> Tiene un aviso de suspensión para la electricidad | <input type="checkbox"/> La fuente de calor principal no funciona |
| <input type="checkbox"/> Servicio de gas suspendido | <input type="checkbox"/> Tiene un aviso de suspensión para el gas | Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Se acabó el combustible | <input type="checkbox"/> Se acabará el combustible en 15 días | _____ |



6

¿Cuál es la compañía de electricidad o el distribuidor de combustible de la fuente de calefacción principal?

| | |
|---|---------------------|
| Nombre de la empresa proveedora del servicio público o del proveedor de combustible | Número de cuenta |
| Dirección (incluya calle y número, ciudad, estado y código postal+4) | Nombre en la cuenta |

7

Indique el nombre de su compañía de electricidad si no figura arriba.

| | |
|--------------------------------------|------------------|
| Nombre de la empresa de electricidad | Número de cuenta |
|--------------------------------------|------------------|

8

¿Usa usted otra fuente de calor en su hogar? ☐ Sí ☐ No

Si respondió **que sí**, explique: _____

9

¿Qué fuente de energía desea que reciba el pago del LIHEAP? (elija una opción) ☐ Principal o ☐ Secundaria (eléctrica)

10

Si vive en una vivienda subsidiada/pública, ¿recibe un cheque en concepto de asignación para servicios públicos? Marque "Sí" solo si se paga directamente a su hogar y no al propietario o a la compañía de electricidad ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es **sí**, ¿cuánto recibe? \$ _____

11

¿Alguien en su grupo familiar recibe asistencia económica por una discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? _____

12

Enumere las personas que viven con usted en esta dirección. Incluya a todos los niños y adultos. Incluya a las personas que son parientes. Incluya a todas las personas que no son parientes, pero que comparten los gastos del grupo familiar. No incluya a ninguna persona que esté en la cárcel/prisión. No incluya al miembro del grupo familiar indicado en el bloque 1. **Vea recordatorio de la página 4.**

Use los códigos a continuación para ayudar a proporcionar los detalles para cada persona en su grupo familiar.

CIUDADANÍA*: (1) Ciudadano de los Estados Unidos, (2) Residente permanente, (3) Extranjero en situación temporal, (4) Refugiado/asilado, (5) Otros –no elegibles para recibir beneficios (Quienes no son ciudadanos de los EE.UU. deben proporcionar comprobantes de su Estado migratorio).

RAZA*: (opcional) (1) Negro o afroamericano, (3) Indígena norteamericano o nativa de Alaska, (4) Asiático, (5) Blanco, (7) Nativo de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico. Liste todos los grupos que correspondan.

GRUPO ÉTNICO*: (opcional) (1) No hispano, (2) Hispano o latino

ESTADO CIVIL*: (1) Soltero/a, (2) Casado/a, (3) Unión de hecho, (4) Separado/a, (5) Divorciado/a, (6) Viudo/a

| Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) | Sexo M/F | Número de Seguro Social | Ciudadanía* | Raza* (opcional) | Grupo étnico* (opcional) | Estado civil * | Relación con usted |
|--|-----------------------------------|-------------|-------------------------|-------------|---------------------|-----------------------------|----------------|--------------------|
| Persona 1 | | | | | | | | |
| Si esta persona actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| Persona 2 | | | | | | | | |
| Si esta persona actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| Persona 3 | | | | | | | | |
| Si esta persona actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| Persona 4 | | | | | | | | |
| Si esta persona actualmente recibe beneficios en efectivo, de asistencia médica o de SNAP ¿podemos basarnos en los ingresos que tiene registrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |

Si viven otras personas en su hogar, proporcione la información correspondiente de dichas personas en una hoja de papel adicional y envíela junto con esta solicitud.

Solicite el beneficio en línea en www.dhs.pa.gov/COMPASS

¿Está utilizando los ingresos que alguien tiene registrados en su expediente? No necesita mencionar dicha persona ni sus ingresos en la pregunta 13.

- 13** Indique todos los ingresos percibidos por los miembros de su grupo familiar en el mes anterior a la solicitud. Los tipos/fuentes de ingresos incluyen dinero procedente de empleo, beneficios para veteranos, desempleo, seguro social, manutención, indemnización laboral, intereses/dividendos, ingresos por alquiler, regalos, jubilación, etc. **Vea recordatorio de la página 4.**

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------------------|------------------|
| Nombre de la persona con ingresos | Tipo/fuente del ingreso | Fecha de inicio | Fecha del primer cheque de pago | ¿Cuánto por mes? |
| Nombre de la persona con ingresos | Tipo/fuente del ingreso | Fecha de inicio | Fecha del primer cheque de pago | ¿Cuánto por mes? |
| Nombre de la persona con ingresos | Tipo/fuente del ingreso | Fecha de inicio | Fecha del primer cheque de pago | ¿Cuánto por mes? |
| Nombre de la persona con ingresos | Tipo/fuente del ingreso | Fecha de inicio | Fecha del primer cheque de pago | ¿Cuánto por mes? |

- 14** ¿Le interesa el servicio gratuito de aclimatación? Los servicios de aclimatación incluyen colocar aislamiento en el hogar y la evaluación del sistema de calefacción. ☐ Sí ☐ No

- 15** ¿Está usted, o alguna persona de su grupo familiar, fugándose para evitar acciones legales o para evitar ser detenido por un delito, o por un intento de delito que sería clasificado como un delito grave? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

- 16** ¿Alguna de las personas está o ha estado en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
¿Alguna de las personas es la viuda, cónyuge o hijo/a (menor de 18 años de edad) de alguien que esté o haya estado en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

- 17** ¿Desea que DHS comparta determinada información de su solicitud con su empresa de servicios públicos para ayudar a que su hogar entre a un programa de asistencia de servicios públicos o consumo energía? ☐ Sí ☐ No
Muchas empresas de servicios públicos de gas y electricidad de Pensilvania ofrecen programas que ayudan a los clientes de bajos ingresos a disminuir el importe de sus recibos mensuales, ahorrar energía y cancelar saldos vencidos. DHS puede compartir cierta información de su solicitud con su empresa de servicios públicos, como su nivel de ingresos e información de los miembros de su hogar (como nombres y fechas de nacimiento) para ayudarle a inscribirse en estos programas, si es su voluntad compartir dicha información. Su información se mantendrá confidencial.
Esto es opcional. Puede obtener una subvención LIHEAP si califica para ella, incluso si no desea que DHS comparta su información con su empresa de servicios públicos.

Certificación

- Mediante mi firma en esta solicitud le doy mi permiso al Departamento de Servicios Humanos (DHS) o a su agente autorizado para: (a) verificar cualquier información que proporcione relativa a mi residencia, mis empleos, ingresos, recursos, suministro de energía y proveedor de energía; (b) compartir información con mi proveedor de energía y recibir la información de mi proveedor de energía para permitir que el DHS obtenga un registro de mi información anual del consumo de energía, el costo y la facturación a efectos de la evaluación de programas, el funcionamiento o la elaboración de informes; y (c) completar encuestas relacionadas con la asistencia para energía.
- Dar esta información (incluido su número de seguridad social [SSN]) es voluntario; sin embargo, si no proporciona la información solicitada, el procesamiento de su solicitud o su posibilidad de recibir los beneficios podrían interrumpirse o demorarse. Si no proporciona el SSN o no completa la información de abajo, es posible que no sea elegible para recibir los beneficios.
- Entiendo que tengo el derecho de apelar cualquier decisión o demora excesiva en la decisión que considere incorrecta con respecto a esta solicitud.
- Declaro que mi residencia legal es en Pennsylvania.
- Entiendo que el/los número(s) de Seguro Social provisto(s) será(n) utilizado(s) en la administración de este programa, incluyendo referencias cruzadas con otros programas.
- Entiendo que me enviarán una notificación de aprobación o de denegación y que, si soy aprobado, dicha notificación indicará la cantidad de mi beneficio.
- También entiendo que si mi grupo familiar es aprobado para recibir un beneficio en efectivo del programa LIHEAP, el dinero se enviará directamente a la empresa que me provee los servicios públicos o al proveedor de combustible, a menos que yo sea inquilino/arrendatario y que el gasto de calefacción esté incluido en el alquiler, o que el combustible sea proporcionado por un proveedor que no acepta pago a proveedores.
- Certifico que, sujeto a las penalizaciones previstas por ley, la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa.
- Sé que si proporciono información falsa, puedo ser penado con multa o prisión.
- Entiendo, al firmar esta solicitud, que quizás no sea aprobado debido a que el dinero del programa LIHEAP se haya agotado.
- Si su hogar es elegible para LIHEAP, puede recibir un formulario de consentimiento Vía Rápida por correo que podría permitir que usted y los integrantes de su hogar se inscriban automáticamente en Asistencia Médica.

Certifico que: (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Proporcioné los números de Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar.
☐ A mi leal saber y entender, estos miembros del grupo familiar no tienen números de Seguro Social:

Nombre en letra de imprenta

Nombre en letra de imprenta

- ☐ Los siguientes miembros del grupo familiar, en ejercicio de sus derechos según la Sección 7 de la Ley de Privacidad de 1974, se niegan a divulgar sus números de Seguro Social o no pueden hacerlo por ser víctimas de violencia doméstica:

Nombre en letra de imprenta

Nombre en letra de imprenta

- 3.** Autorizo la divulgación de la Información de elegibilidad de LIHEAP a mis proveedores de energía o agencias de aclimatación o que ellos la divulguen con el fin de que puedan solicitar asistencia, para la cual yo pueda ser elegible. La asistencia puede comprender recibir los beneficios de dinero en efectivo, de crisis o de aclimatación de LIHEAP.

Aviso de ley de privacidad. Autoridad: el título 42, sección 405(c)(2)(C)(i), del Código de los Estados Unidos (USC) autoriza la recopilación de esta información.

Propósito: El Departamento de Servicios Humanos (DHS) usará esta información para identificar y verificar los ingresos de los solicitantes.

Usos de rutina: El personal y los proveedores del DHS recibirán y usarán esta información, al igual que otros agentes que la necesiten para la administración del LIHEAP. Además, el DHS puede compartir la información con otras agencias gubernamentales o en informes para los representantes legislativos, según lo requiera la ley federal o la ley de Pennsylvania.

Firme aquí – Use tinta

X

Firma

Fecha

Solicite el beneficio en línea en www.compass.state.pa.us

Recordatorio...

- ☐ Completar toda la información requerida de manera clara y completa.
- ☐ Proporcionar los números de Seguro Social de **todos** los miembros del grupo familiar o completar el declaración jurada de asistencia para energía incluida en la sección Certificación en la página 3.
- ☐ Enviar comprobantes de su situación migratoria si usted no es ciudadano de los EE.UU.
- ☐ Enviar una copia del contrato de alquiler o una declaración escrita y firmada por su dueño explicando cómo paga los gastos de calefacción, si usted alquila y los gastos de calefacción están incluidos.
- ☐ Si usted paga por su calefacción, envíe una factura de su fuente principal de calefacción. Adjunte una copia de su factura de servicios públicos fechada en un plazo de 2 meses de la fecha en que usted presentó su solicitud. Para otros combustibles debe proporcionar una factura/recibo de una compra a partir de enero de la temporada de calefacción anterior a la presente.
- ☐ Si desea que se envíe el pago a su proveedor de calefacción secundaria, adjunte una copia de sus facturas de calefacción principal Y secundaria.

- ☐ Envíe la prueba de todos sus ingresos. No necesita enviar prueba de ingresos si recibe otros beneficios con el Departamento de Servicios Humanos (DHS) y marcó la casilla para permitir el uso de los ingresos en el archivo.

Ejemplo: Si solicita en noviembre y envía:

- a) un mes de ingresos: envíe la prueba correspondiente a octubre, el mes anterior a la solicitud.
- b) 12 meses de ingresos - enviar prueba de noviembre del año anterior a octubre del año en curso.

LOS COMPROBANTES INCLUYEN TALONES DE CHEQUES DE PAGO DE NÓMINA, CARTAS DE OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS, DECLARACIONES DE EMPLEADORES, ETC.

- ☐ Enviar una declaración explicando cómo su grupo familiar paga las necesidades básicas de mantenimiento (comida, alquiler, etc.), en caso de que nos haya informado que no tiene ingresos o que sus ingresos son inferiores al costo de sus necesidades básicas de mantenimiento.
- ☐ Firmar y fechar su solicitud.
- ☐ Enviar por correo su solicitud completa y todos los documentos a la oficina de asistencia del condado de su área. Si no está seguro dónde está esto, llame al 1-866-857-7095.

SI NO ENVÍA LOS COMPROBANTES QUE NECESITAMOS JUNTO CON ESTE FORMULARIO, NO PODREMOS PROCESAR SU SOLICITUD.

Inscripción de electores (opcional): Esta sección es solo para ciudadanos estadounidenses

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? ☐ Sí ☐ No
SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe:

- 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección;
- 2) haber sido ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN;
- 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción de electores, podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA, Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA).

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Given to Client _____ | <input type="checkbox"/> Sent to voter registration _____ | <input type="checkbox"/> Mailed to Client _____ |
| <input type="checkbox"/> Declined, not interested _____ | <input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen _____ | <input type="checkbox"/> Declined, already registered _____ |



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Si tiene una discapacidad y necesita esta solicitud impresa con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra **línea de ayuda al número 1-800-692-7462.**
Para servicios de TDD, llame a PA Relay al 711.

Solicite el beneficio en línea en www.dhs.pa.gov/COMPASS

To apply for the 2025-26 Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP), see www.compass.state.pa.us OR complete the enclosed application and submit it to your local assistance office.

| | | |
|--|---|---|
| Adams CAO - LIHEAP P.O. Box 4446 225 S Franklin Street Gettysburg PA 17325-4446 | Delaware Crosby District York CAO LIHEAP 130 N Duke Street P. O. Box 15041 York PA 17405-7041 | Monroe CAO - LIHEAP 33 Ravine Road Danville PA 17821-7781 |
| Allegheny CAO - LIHEAP P. O. Box 23370 Pittsburgh PA 15222 | Delaware Darby District YORK CAO LIHEAP 130 N Duke Street P. O. Box 15041 York PA 17405-7041 | Montgomery - YORK CAO - LIHEAP 130 N Duke Street P. O. Box 15041 York PA 17405-7041 |
| Armstrong CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 | Elk CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 | Montour CAO - LIHEAP 33 Ravine Rd Danville PA 17821-7781 |
| Beaver CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 | Erie CAO - LIHEAP 1316 Holland Street P. O. Box 958 Erie PA 16512-0958 | Northampton CAO - LIHEAP 33 Ravine Road Danville PA 17821-7781 |
| Bedford CAO - LIHEAP 150 North Street Bedford PA 15522-1040 | Fayette CAO - LIHEAP 41 West Church Street Uniontown PA 15401-3407 | Northumberland CAO LIHEAP 33 Ravine Rd Danville PA 17821-7781 |
| Berks CAO - LIHEAP Reading State Office Building 625 Cherry Street Reading PA 19602-1188 | Forest CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 | Perry CAO - LIHEAP 100 Centre Drive P. O. Box 280 New Bloomfield PA 17068-0280 |
| Blair CAO - LIHEAP 1100 Green Avenue Altoona PA 16601-3440 | Franklin CAO - LIHEAP 620 Norland Avenue Chambersburg PA 17201-4246 | Philadelphia CAO - LIHEAP 1163 S. Broad Street Philadelphia, PA 19147 |
| Bradford CAO - LIHEAP 101 Hawkins Rd Towanda PA 18848 | Fulton CAO - LIHEAP 539 Fulton Drive McConnellsburg PA 17233-8061 | Pike CAO - LIHEAP 33 Ravine Road Danville PA 17821-7781 |
| Bucks CAO - LIHEAP 1214 Veterans Highway Bristol PA 19007-2512 | Greene CAO - LIHEAP 108 Greene Plz STE 1 Waynesburg PA 15370-8142 | Potter CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 |
| Butler CAO - LIHEAP Westmoreland VLT 587 Sells Lane Greensburg PA 15601 | Huntingdon CAO - LIHEAP 7591 Lake Raystown Shopping Center Huntingdon PA 16652 | Schuylkill CAO - LIHEAP 33 Ravine Road Danville PA 17821-7781 |
| Cambria CAO - LIHEAP 729 Goucher Street Johnstown PA 15905 | Indiana CAO - LIHEAP 2750 W Pike Road Indiana PA 15701 | Snyder CAO - LIHEAP 83 Maple Lane Selinsgrove PA 17870 - 1302 |

| | | |
|--|---|---|
| Cameron CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 | Jefferson CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 | Somerset CAO LIHEAP 164 Stayrook Street P. O. Box 837 Somerset PA 15501 |
| Carbon CAO - LIHEAP 33 Ravine Road Danville PA 17821-7781 | Juniata CAO - LIHEAP 100 Meadow Lane P. O. Box 65 Mifflintown PA 17059 | Sullivan CAO LIHEAP 918 Main Street Suite 2 P. O. Box 355 Laporte PA 18626 |
| Central Unit - LIHEAP 33 Ravine Road Danville PA 17821-7781 | Lackawanna CAO - LIHEAP 200 Scranton State Office Building 100 Lackawanna Avenue Scranton PA 18503-1972 | Susquehanna CAO - LIHEAP 33 Ravine Road Danville PA 17821-7781 |
| Centre CAO - LIHEAP 2580 Park Center Boulevard State College PA 16801-3005 | Lancaster CAO - LIHEAP 832 Manor Street P. O. Box 4967 Lancaster PA 17604-4967 | Tioga CAO - LIHEAP 11809 Route 6 Wellsboro PA 16901-6764 |
| Chester CAO - LIHEAP 100 James Buchanan Drive Thorndale PA 19372-1132 | Lawrence CAO - LIHEAP Westmoreland VLT 587 Sells Lane Greensburg PA 15601 | Union CAO - LIHEAP 1610 Industrial Blvd Suite 300 Lewisburg PA 17837-1292 |
| Clarion CAO - LIHEAP Westmoreland VLT 587 Sells Lane Greensburg PA 15601 | Lebanon CAO - LIHEAP 625 South 8th Street Lebanon PA 17042-6762 | Venango CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 |
| Clearfield CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 | Lehigh CAO - LIHEAP 33 Ravine Road Danville PA 17821 | Warren CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 |
| Clinton CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 | Luzerne CAO - LIHEAP 205 S Washington Street Wilkes-Barre PA 18711-3298 | Washington CAO - LIHEAP Westmoreland VLT 587 Sells Lane Greensburg PA 15601 |
| Columbia CAO - LIHEAP 33 Ravine Road Danville PA 17821 | Lycoming CAO - LIHEAP 400 Little League Boulevard P.O. Box 127 Williamsport PA 17703-0127 | Washington CAO- Westmoreland VLT 587 Sells Lane Greensburg PA 15601 |
| Crawford CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 | McKean CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 | Wayne CAO - LIHEAP 33 Ravine Rd Danville PA 17821-7781 |
| Cumberland CAO - LIHEAP 33 Westminster Drive Carlisle PA 17013-9834 | Mercer CAO - LIHEAP Clearfield VLT PO Box 92 Clearfield, PA 16830 | Westmoreland CAO - Westmoreland VLT 587 Sells Lane Greensburg PA 15601 |
| Dauphin - York CAO - LIHEAP 130 N Duke Street P. O. Box 15041 York PA 17405-7041 | Mifflin CAO - LIHEAP 1125 Riverside Drive Lewistown PA 17044-1942 | Wyoming CAO - LIHEAP 33 Ravine Road Danville PA 17821-7781 |
| | | York CAO - LIHEAP 130 N Duke Street P. O. Box 15041 York PA 17405-7041 |