



City of Fort Worth
Housing and Economic Development Department

WEATHERIZATION ASSISTANCE PROGRAM

Dear Tarrant County Resident,

Thank you for your interest in the Weatherization Assistance Program. Attached you will find the application you need to complete and return to the Housing and Economic Development Department. Before you begin the process, please read the important information below.

To be eligible for the program:

- The property must be located in Tarrant County, (If you rent the property, a Landlord Agreement Form will need to be completed).
- The household must be income eligible. Income guideline is based on 200% of the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD) poverty income level.

Family Size	Yearly Income
1	\$21,660.00
2	\$29,140.00
3	\$36,620.00
4	\$44,100.00
5	\$51,580.00
6	\$59,060.00
7	\$66,540.00
8	\$74,020.00

The Household must provide:

- A Complete Application.
- **Proof of Income for all household members must be included with the application;** Income verification can consist of: copy of **the last three-pay check stubs** or Verification of Employment Form filled out by Employer, Award Letter from Social Security, SSI, Pension, AFDC, or other sources of income. *Call 1-800-772-1213 for Social Security verification.*

MAIL INFORMATION TO:

Weatherization Assistance Program
Housing and Economic Development Department
1000 Throckmorton St
Fort Worth, TX 76102

You will be notified when the application has been reviewed. The Weatherization Assistance Program operates on a first come, first serve basis, and please note that the program has a 3 to 6 month waiting period. When your application is next in line for service, the Weatherization staff will contact you in order to set up an appointment with you. For additional information and inquiries, please contact our office at 817-392-7548.



City of Fort Worth
Housing and Economic Development Department

DEPARTMENT USE ONLY
<input checked="" type="checkbox"/> WAP
Received Date: _____

APPLICATION FOR HOUSING REHABILITATION & CONSTRUCTION SERVICES

A.				
	Name of Applicant or Head of Household Nombre del Solicitante o Responsable de la casa		Home Telephone Teléfono de casa	
	Address Domicilio	City Ciudad	County Condado	Zip Code Código Postal
	Mailing Address – If different Domicilio Postal – Si es diferente	City Ciudad	Zip Code Código Postal	Work Phone Teléfono de Trabajo

GIVE THE FOLLOWING INFORMATION ABOUT EACH HOUSEHOLD MEMBER, INCLUDING YOURSELF:
 ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA, INCLUYENDOSE A USTED:

B.	Name Nombre	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Age Edad	Sex Sexo	Race Raza	Handicapped Incapacitado	Social Security Number Numero de Seguro Social
						Yes/ Si No	
1.		/ /					
2.		/ /					
3.		/ /					
4.		/ /					
5.		/ /					
6.		/ /					
7.		/ /					
8.		/ /					

List additional members on back or separate page
 Si necesita más espacio, escriba al reverso de esta pagina o en otro papel.

***This information is voluntary and is requested to ensure benefits are provided without regard to race, color or national origin. It will not affect your eligibility or benefit level.**
 *Esta información es voluntaria y se solicita solo con el fin de asegurar que los beneficios se puedan ofrecer sin discriminación de raza, color u origen nacional. Esta información no afectara su elegibilidad ni la cantidad de su beneficio.
**** Although law does not require this information, it is necessary for correct computer processing.**
 ** Aunque la ley no requiere esta información, es necesario para procesar correctamente su solicitud por medios computarizados.

GIVE THE FOLLOWING INFORMATION ABOUT HOUSEHOLD MEMBERS WHO WORK:
 ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS VIVIENDO EN ESTA CASA QUE TRABAJAN:

C.	Name of Persons Working Personas que Trabajan	Employer's Name, Address, and Telephone Number Nombre, Dirección, y Teléfono del Empleador	Total Monthly Income Ingreso Mensual
1.			
2.			
3.			
4.			

D.

If any household member(s) receive any of the following types of unearned income or benefits, check the type of benefit received. Where the space is provided, enter the case or account number and the amount received.

Indique en lo siguiente, los ingresos o beneficios que usted u otros miembros de su casa reciben. Incluya el numero de identificación de su casa o cuenta de ayuda y la cantidad de ayuda.

*Do not include food stamps as income.

*No incluya "estampillas de comida" como ingreso.

Type of Assistance/Tipo de Asistencia	Account/Case Number Numero de Cuenta / Caso	Monthly Amount Cantidad Mensual
AFDC/ Asistencia AFDC		
SSI/ Ingreso de Seguridad Suplemental		
Social Security/ Seguro Social		
Veteran's Benefits/ Beneficios de Veteranos		
Retirement Benefits/ Beneficios de Retiro		
Military Allotments/ Reparto de Sueldo Militar		
HUD Utility Supplement/ Suplemento para las Utilidades de HUD		
Child Support/ Sostentimiento para Niños		
Unemployment Compensation/ Compensación de Desempleo		
Workman's Compensation/ Compensación de Trabajadores		
Contributions/ Contribuciones		
Other (specify): Otro (especifique):		

Please check here if you are employed as a migrant or seasonal farm worker.

Favor de marcar sí usted esta empleado como emigrante o trabajador temporal de agrícola.

E.

What year was the home built? /¿En que año fue la casa construida? _____

Do you own the home, if yes, please go to #1

¿Es dueño de la casa? Si es dueño, diríjase al #1

Do you rent the home, if yes, please go to #2

¿Usted renta? Si renta, diríjase al #2

#1. Type of Housing Owned:

Tipo de Vivienda propia:

House
Casa

Mobile Home
Casa Móvil

#2. Type of Housing rented

Tipo de Vivienda rentada

Must Have Owner's Approval!

¡Necesita tener la aprobación del Dueño!

House
Casa

Apartment
Departamento

Mobile Home
Casa Móvil

Room
Cuarto

Low Rent Federally Subsidized Housing
Residencia con subsidio federal para la renta

Type (Section 8, etc.) _____
Tipo (Sección 8, etc.) _____

Type of energy used to heat household (check one):

Tipo de energía utilizada para calentar su hogar (marque uno):

Natural gas
Gas natural

Electricity
Electricidad

Bottled gas
Gas embotellado

Other (specify): _____
Otro (especifique)

Type of air conditioning used (check one):

Tipo de aire acondicionado utilizado (marque uno):

None
Ninguno

Central Unit
Unidad Central

Window Unit
Unidad de ventana

Evaporative Cooler
Enfriador de Vapor

**WEATHERIZATION ASSISTANCE PROGRAM
APPLICANT'S AUTHORIZATION, UNDERSTANDING AND AGREEMENT**

My answers to all of the previous questions and to the statement I have made are true and correct to the best of my knowledge. I authorize the Texas Department of Housing and Community Affairs and the City of Fort Worth to contact any source in order to solicit/verify information necessary for an eligibility determination. I also agree to provide the Texas Department of Housing and Community Affairs and the City of Fort Worth with any information necessary to verify any eligibility.

If I am eligible for weatherization services, I give my permission to allow work on the residence listed on this form. I will cooperate fully with state and federal personnel to obtain information from any source to verify statements I made. I will cooperate fully with state or federal personnel in a quality control review.

I have been advised and understand that this application will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, sex, or political belief.

PENALTIES FOR FRAUD!

Whoever obtains or attempts to obtain weatherization services for which he is not entitled, by means of willful false statements or other fraudulent means, may be considered guilty of a criminal offense and upon conviction may be fined and/or imprisoned.

**PROGRAMA DE CLIMATIZACIÓN
AUTORIZACION, ACUERDO, Y ENTENDIMIENTO DEL SOLICITANTE**

Mis respuestas a todas las preguntas anteriores y las declaraciones que he hecho son verdaderas y correctas según mi conocimiento, entendimiento, y creencia. Autorizo al "Texas Department of Housing and Community Affairs" y a sus agencias contratadas a comunicarse con cualquier persona o agencia para verificar o solicitar información necesaria para determinar cualquier elegibilidad. Acepto responsabilidad de dar al Departamento cualquier información que sea necesaria para verificar mi elegibilidad.

Si califico para servicios de Climatización del Hogar, doy permiso para que se hagan reparaciones a la residencia identificada en esta solicitud. Cooperare completamente con gentes del gobierno estatal o federal para obtener cualquier información necesaria para verificar las declaraciones que he hecho. Cooperare de igual manera en estudios de la calidad del trabajo.

He sido avisado y entiendo que esta solicitud será considerada sin considerar la raza, color, religión, credo, origen nacional, sexo, ni creencia política.

¡CASTIGO POR FRAUDE!

Si alguna persona recibe servicios de Climatización del Hogar por medio de declaraciones falsas o intenta defraudar por medio de estas declaraciones, se considerara culpable de una ofensa criminal y al ser convicta puede ser multado o encarcelado.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND ACCURATE
ASEGURESE QUE TODAS SUS RESPUESTAS ESTEN CORRECTAS Y COMPLETAS ANTES DE FIRMAR

Applicant Signature
Firma del Solicitante

Date
Fecha

Spouse Signature
Firma de Esposa (o)

Date
Fecha

Individual or caseworker, which assisted in completion of the application on applicant's behalf, please sign below.
Persona o trabajador social que ayudo completar la solicitud por medio del solicitante, por favor de firmar.

Signature

Date

DECLARATION OF INCOME STATEMENT

I, _____, do hereby declare on _____ (date)
that:

Yo Applicant's Name/Nombre del Solicitante declaro que
(en esta fecha)

- I have no documented proof of income due to the following situation:
No tengo prueba para documentar mis ingresos por medio de tal razones:

- I am applying for assistance from the Weatherization Assistance Program
Yo deseo aplicar para asistencia con el Programa de Climatización

My household consists of _____ number of persons and the following household members, 18 years and older, have earned the following gross income during the 30 day period prior to the date of application for assistance:

En mi hogar radican (cuantas?) personas, y los siguientes miembros que tienen 18 años de edad o más que han ganado dinero durante los pasados 30 días antes de aplicar para asistencia. (Indique el nombre y los ingresos ganados de cada miembro.)

Name: _____	Gross Amount Earned: _____
Name: _____	Gross Amount Earned: _____
Name: _____	Gross Amount Earned: _____
Name: _____	Gross Amount Earned: _____

- My household's gross income, for all household members 18 years and older, for the 30 day period prior to the date of application for assistance is \$_____.
El total de los ingresos de mi hogar, para los miembros que tienen 18 años de edad o más por los pasados 30 días pasados, antes de aplicar por asistencia es (cuanto?)
and my household's gross annualized income based on the 30 day period prior to the date of application for assistance is \$_____.
y el ingreso anual de mi hogar ha sido calculado para el año, según los pasados 30 días, antes de aplicar para asistencia, llegan a (cuantos dólares?)

I certify that the above information for the income of all household members 18 years and older is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Yo certifico que la información proveída de los ingresos de los miembros de mi hogar que tienen 18 años ó más es verdadera y correcta según mi saber y creencia.

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information.

Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveído información falsa o fraudulenta.

_____ Applicant Signature/Firma del Solicitante	_____ Date/Fecha
--	---------------------

_____ Street Address/Dirección Postal	_____ City/Ciudad	_____ County/Condado	_____ Zip Code/Código
---	----------------------	-------------------------	--------------------------

_____ Intake staff for Sub-recipient/Agency and Title	_____ Date/Fecha
--	---------------------

_____ Reviewed & Approved (Program Coordinator)	_____ Date
--	---------------

