

# Certificación y consentimiento del suscriptor de Community Solar ("Certificación y Consentimiento")

**PROPÓSITO:** Al firmar esta Certificación y Consentimiento, usted afirma que la información que contiene y se adjunta es verdadera y autoriza a Elevate Energy y/o cualquiera de sus respectivas filiales o agencias afiliadas, directores, funcionarios, empleados, agentes, contratistas u otros representantes (colectivamente, el "Administrador del programa") a solicitar información sobre ingresos a las fuentes que se enumeran a continuación, si fuera necesario para garantizar que es elegible para el Programa de Illinois Solar for All (el "Programa").

**USOS DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTIENE:** El Administrador del programa utilizará la información que se proporciona en este formulario para determinar la elegibilidad del participante y realizar mejoras al Programa.

**QUIÉN DEBE FIRMAR EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO:** El/la jefe/a de hogar debe firmar esta Certificación y Consentimiento. El Administrador del programa también puede solicitar que el/la jefe/a de hogar proporcione formularios de consentimiento firmados por los miembros de la familia que sean mayores de 18 años.

**CONSENTIMIENTO:** Brindo mi consentimiento para permitir que el Administrador del programa solicite y obtenga información sobre ingresos de las fuentes que se enumeran a continuación para verificar la elegibilidad de mi familia para el Programa, que incluye, entre otras, la siguiente información:

- ▶ Verificación de sueldos y salarios de empleadores actuales y anteriores
- ▶ Información sobre reclamos de compensación por salario y desempleo del organismo estatal responsable de mantener dicha información
- ▶ Declaraciones de impuestos estatales y federales e información sobre las mismas
- ▶ Confirmación de aprobación o inscripción en un programa calificado de terceros

**FUENTES DE INFORMACIÓN:** La Administración del seguro social de los Estados Unidos, el Servicio de impuestos internos de los Estados Unidos, instituciones financieras relevantes, administradores de programas calificados de terceros y/o agencias de informes de crédito, según corresponda.

**VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN:** Para que el Administrador del programa pueda verificar mis ingresos, entiendo que puedo proporcionar la siguiente documentación de todos los miembros de la familia que sean mayores de 18 años (seleccione todas las opciones que correspondan):

**MÉTODO A (PROGRAMAS CALIFICADOS DE TERCEROS):** Documentación de aprobación o inscripción vigente en uno de los siguientes programas en los últimos 12 meses (marcar las opciones que correspondan):

- Programa de asistencia de energía para hogares de bajos ingresos (LIHEAP)
- Programa de asistencia de climatización de viviendas de Illinois (IHWAP)
- Vales de proyectos del Departamento de vivienda y desarrollo urbano (HUD) de los Estados Unidos
- Asistencia para la renta de proyectos del Departamento de vivienda y desarrollo urbano (HUD)
- Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
- Medicaid
- Programas de eficiencia energética para viviendas multifamiliares que cumplan los requisitos de ingresos
- Programas con subsidios de impuestos para viviendas multifamiliares
- Ley de viviendas asequibles de Illinois

**MÉTODO B (TRANSCRIPCIÓN DE IMPUESTOS):** Un formulario 4506-T del Servicio de impuestos internos (IRS) firmado que permitirá que el Administrador del programa se comuniquen con el IRS y solicite información sobre los ingresos del año anterior en mi nombre. Un formulario 4506-T completo para cada miembro adulto de la familia que declara por separado.

**MÉTODO C (DECLARACIONES DE IMPUESTOS O COMPROBANTES DE PAGO) :**

Formulario W-2 del año natural anterior

El valor de los comprobantes de pago de los últimos dos meses naturales de todos los miembros de la familia que sean mayores de 18 años que ganen más de \$3,500 al año. Este método requiere documentación de los miembros de la familia, como copias de los permisos de conducir o matrículas escolares.

**MÉTODO D (DISTRITOS CENSALES QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE INGRESOS) :** Mi dirección está ubicada en un distrito censal que cumple los requisitos de ingresos y se puede verificar con la [herramienta de mapeo en el sitio web del Programa](#).

Para TODOS los métodos, se requieren los detalles de ingresos anuales de todos los adultos de la familia en la tabla que aparece a continuación y las familias deben cumplir las pautas de ingresos para la elegibilidad del programa de ILSFA.

**MIEMBROS DE LA FAMILIA:** Debido a que el tamaño de la familia y el ingreso anual se utilizan para determinar la elegibilidad, indique el nombre, la fecha de nacimiento y el ingreso anual de cada miembro de la familia. Si un miembro adulto de la familia no tiene ingresos, ponga "0" para su ingreso anual. Tenga en cuenta que si un miembro adulto de la familia no tiene ingresos, tiene ingresos en efectivo o un ingreso que no se documenta con comprobantes de pago, declaraciones, cartas, etc., también deberá completar una declaración jurada de ingresos.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESO ANUAL (MAYOR DE 18 AÑOS)
<b>INGRESO ANUAL TOTAL :</b>		

CERTIFICO que mi hogar tiene \_\_\_\_\_ personas.

CERTIFICO que mi hogar no genera más del 80 % del ingreso medio del área (AMI en función de mi condado de residencia y el tamaño de mi familia (puede consultar [una tabla de ingresos](#) en el sitio web del programa de ILSFA).

CERTIFICO que:

- Soy propietario de mi unidad
- Arrendo mi unidad

CERTIFICO que toda la información y las declaraciones proporcionadas en esta Certificación y Consentimiento son ciertas, completas y correctas a mi leal saber y entender y se aportan de buena fe. Entiendo que: (1) la información y las declaraciones proporcionadas en esta Certificación y Consentimiento, o en conexión con estos, están sujetas a verificación, y acepto proporcionar documentación e información respaldatoria cuando así se solicite; y (2) estoy obligado a actualizar y corregir de inmediato cualquier información proporcionada en esta Certificación y Consentimiento, o en conexión con estos, si tomo conocimiento de un cambio en dichas declaraciones y/o información durante mi participación en el Programa. También entiendo que los errores intencionales, las falsificaciones o el incumplimiento de actualizar o corregir la presente Certificación y Consentimiento pueden ocasionar la inhabilitación para el Programa, o la

finalización de este. La decisión del Administrador del programa de que no reúna los requisitos o de poner fin a su participación puede recurrirse siguiendo las instrucciones del Manual del proveedor del programa.

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE UNIDAD (SI CORRESPONDE):** \_\_\_\_\_

**CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_ **CONDADO:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** Illinois

**NOMBRE DEL/DE LA JEFE/A DE HOGAR:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL/DE LA JEFE/A DE HOGAR:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**RAZA DEL/DE LA JEFE/A DE HOGAR: (NOTA: PUEDE INDICAR MÁS DE UN GRUPO)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena de los EE. UU. o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático                                   |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano                      | <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español                  |
| <input type="checkbox"/> Oriente Medio o norte de África            | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco                                     | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder                      |
| <input type="checkbox"/> Otra - Escriba: _____                      |   |