



Certificado y Consentimiento para el Incentivo a la Generación Distribuida para Grupos Familiares de Bajos Ingresos

FINALIDAD: Al firmar este Certificado y Consentimiento, usted autoriza a Elevate Energy y a cualquiera de sus respectivas filiales o agencias afiliadas, directores, oficiales, empleados, agentes, contratistas u otros representantes (conjuntamente, el “Administrador del Programa”) a solicitar información sobre sus ingresos de las fuentes indicadas en este Certificado y Consentimiento para verificar los ingresos de su grupo familiar a fin de garantizar que sea elegible para participar en el programa Illinois Solar for All (el “Programa”).

USOS DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENGA: En cumplimiento de la legislación aplicable, la información proporcionada en este Certificado y Consentimiento se utilizará para el fin permitido establecido anteriormente, lo que incluye la determinación de la elegibilidad para participar en el Programa, la supervisión del cumplimiento del Programa, la evaluación del Programa y la modificación o mejora del Programa.

QUIÉN DEBE FIRMAR EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO: Debe firmar este Certificado y Consentimiento la persona que sea el sostén principal de la familia del inmueble correspondiente. A petición del Administrador del Programa, el sostén principal de la familia proporcionará formularios de consentimiento firmados por los miembros del grupo familiar que tengan 18 años o más.

CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento para que el Administrador del Programa solicite y obtenga información relacionada con ingresos de las fuentes indicadas en este documento a fin de verificar la elegibilidad de mi grupo familiar para participar en el Programa, lo que incluye la siguiente información:

- ▶ Verificación de sueldos y jornales de los empleadores actuales o anteriores
- ▶ Información sobre salarios y reclamaciones de compensación por desempleo de la agencia estatal responsable de conservar esa información
- ▶ Declaraciones de impuestos estatales y federales e información relacionada con declaraciones de impuestos

FUENTES DE INFORMACIÓN: Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos (SSA), Servicio de Impuestos Internos de los Estados Unidos (IRS), instituciones financieras afines y agencias de información crediticia.



DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON LA VERIFICACIÓN: Entiendo que, para que el Administrador del Programa verifique mis ingresos, puedo proporcionar la siguiente documentación para todos los ingresos de los miembros del grupo familiar que tengan 18 años o más (seleccione todos los que correspondan):

MÉTODO A (PROGRAMAS DE CALIFICACIÓN DE TERCEROS):

Documentación de aprobación o inscripción actual en uno de los siguientes programas en los últimos 12 meses (marque lo que corresponda):

- Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Programa de Asistencia para la Climatización de Viviendas de Illinois (IHWAP)
- Cupones para proyectos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD)
- Programa de Asistencia para el Alquiler para Proyectos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de los Estados Unidos
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Medicaid
- Programas de eficiencia energética para viviendas multifamiliares subvencionables
- Programas para viviendas multifamiliares con subvención fiscal
- Ley de Vivienda Asequible de Illinois

MÉTODO B (COPIA DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS): Un formulario 4506-T del IRS firmado que permita que el Administrador del Programa se ponga en contacto con el IRS y solicite la información sobre los ingresos del año anterior en su nombre. Se necesita un formulario 4506-T completado para cada miembro adulto del grupo familiar que presente la documentación por separado.

MÉTODO C (DECLARACIONES DE IMPUESTOS O TALONES DE PAGO):

- Formulario W-2 del año calendario anterior
- Talones de pago de los dos últimos meses calendario de todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años que ganen más de 3,500 dólares por año. Con este método se requiere documentación de los miembros del grupo familiar como copias de los permisos de conducir y de la matrícula escolar.



DOCUMENTACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR: Indique el nombre, la fecha de nacimiento y los ingresos anuales de cada miembro del grupo familiar. El tamaño del grupo familiar sirve para determinar la elegibilidad. Si un miembro del grupo familiar no tiene ingresos, indique "0" en sus ingresos anuales.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESOS ANUALES (MAYORES DE 18 AÑOS)
INGRESOS ANUALES TOTALES:		

CERTIFICO que mi grupo familiar está conformado por ____ personas.

CERTIFICO que mi grupo familiar no supera el 80% de los ingresos promedio del área en función de mi condado de residencia y del tamaño del grupo familiar. (Puede consultar una tabla de ingresos en: <https://www.illinoissfa.com/app/uploads/2019/02/0219-ILSFA-income-chart-v4.pdf>).

CERTIFICO que

- soy propietario de mi unidad
- alquilo mi unidad



CERTIFICO que todas las declaraciones e información proporcionadas en este Certificado y Consentimiento son verdaderas, completas y correctas a mi leal saber y entender, y que se hacen de buena fe. Entiendo que: (1) las declaraciones y la información proporcionadas en este Certificado y Consentimiento o en relación con él están sujetas a verificación y acepto presentar documentos o información de apoyo cuando se me solicite; y (2) estoy obligado a actualizar y corregir de inmediato cualquier información proporcionada en este Certificado y Consentimiento o en relación con él si tomo conocimiento de cualquier cambio en dichas declaraciones o información durante mi participación en el Programa. También entiendo que las declaraciones erróneas intencionales y la falsificación o la falta de actualización o corrección de este Certificado y Consentimiento pueden dar lugar a la inelegibilidad para participar en el Programa o a su finalización. La determinación de inelegibilidad o la decisión de finalizar su participación por parte del Administrador del Programa puede apelarse según las instrucciones del Manual de Proveedores del Programa.

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE UNIDAD (SI CORRESPONDE): _____

CÓDIGO POSTAL: _____ **CONDADO:** _____ **ESTADO:** Illinois

NOMBRE DEL SOSTÉN PRINCIPAL DE LA FAMILIA: _____

FIRMA DEL SOSTÉN PRINCIPAL DE LA FAMILIA: _____

FECHA: _____

RAZA DE LA PERSONA QUE ES EL SOSTÉN PRINCIPAL DE LA FAMILIA: (NOTA: PUEDE INDICAR DE MÁS DE UN GRUPO)

- Asiático
- Hispano, latino o español
- Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Negro o afroamericano
- Otro. Indicar: _____
- Blanco
- Indígena americano o nativo de Alaska
- Nativo de Oriente Medio o Norte de África
- Prefiero no responder



Illinois Solar for All

PROVEEDOR AUTORIZADO: _____

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL PERSONAL DEL PROVEEDOR AUTORIZADO

FIRMA DEL MIEMBRO DEL PERSONAL DEL PROVEEDOR AUTORIZADO

FECHA: _____