

## **Certificación de suscriptor de Community Solar (“Certificación”) para suscriptores en distritos censales que cumplan los requisitos de ingresos**

**PROPÓSITO:** Al firmar esta Certificación, usted 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 asegurar que es elegible para el programa de Illinois Solar for All (el “Programa”).

**USOS DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTIENE:** Conforme a la ley vigente, la información que se proporciona en esta Certificación se utilizará para el propósito lícito que se indica anteriormente que incluye, entre otros, determinar la elegibilidad para el Programa, supervisar el cumplimiento con el Programa y evaluar, modificar y/o mejorar el Programa.

**QUIÉN DEBE FIRMAR EL FORMULARIO:** El/la jefe/a de hogar debe firmar esta Certificación. A solicitud del Administrador del programa, el/la jefe/a de hogar proporcionará formularios de consentimiento firmados por los miembros de la familia que sean mayores de 18 años.

**DOCUMENTACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:** Debido a que el tamaño de la familia se utiliza para determinar la elegibilidad, indique el nombre y la fecha de nacimiento de cada miembro de la familia.

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 en función de mi condado de residencia y el tamaño de mi familia. (Puede consultar una tabla de ingresos en: <https://www.illinoissfa.com/app/uploads/2022/08/2022-ILSFA-income-chart.pdf>)

CERTIFICO que toda la información y las declaraciones proporcionadas en esta Certificación 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, o en conexión con esta, 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, o en conexión con esta, 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 pueden ocasionar la inhabilitación para el Programa, o la finalización de este. Puede apelar la determinación de inhabilitación o la decisión de finalizar su participación en el programa del Administrador del programa conforme a las instrucciones en el 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: _____                      |   |

**PROVEEDOR APROBADO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PERSONAL DEL PROVEEDOR APROBADO:**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PERSONAL DEL PROVEEDOR APROBADO:**

\_\_\_\_\_

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