



Brazos Electric Hardship Application

Applicant Information

Full Name: _____ Electric Provider/Acct#: _____
Last First

Service Address: _____ Apartment/Unit # _____
Street Address

City State ZIP Code

Phone: _____ Email: _____

Mailing Address (If different): _____
Street Address Apt # City State ZIP Code

Name of Eligible Person (If different from applicant) _____ DOB _____

ELIGIBILITY DOCUMENTATION – You MUST send a copy of your electric bill AND either income or program documents. Failure to provide one form of these documents will result in an application denial.

QUALIFYING INCOME DOCUMENTATION

HOUSEHOLD SIZE – Number of people living in your household: _____ (Include all adults and children at this address). Your total household gross annual income from all sources cannot exceed these guidelines:

<i>Number of Persons in Household</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
<i>Total Household Annual Income</i>	\$21,870	\$29,580	\$37,290	\$45,000	\$52,710	\$60,420	\$68,130	\$75,840

If you are qualifying using your total household income, you MUST provide proof of household income with this application (provide all documents that apply).

- Copy of most recent pay stub(s) from all employers covering the last two months for all members of the household dated within the last 90 days
- Your most recently filed tax return (must be signed) or W-2 form
- A signed letter from each employer indicating the level of your wage dated within the last 90 days
- Documentation of social security income dated within the last year
- Copy of an unemployment form with eligibility dates and dated within the last 90 days
- Copies of the two most recent unemployment checks dated within the last 90 days
- Copy of the most recent bank statement showing direct deposit of income (for SSI, Social Security, annuity, pension) dated within the last year

QUALIFYING PROGRAM DOCUMENTATION

If you or someone in your household participates in the program listed below, please send a copy of the documentation. (Dated within the last year and not expired)

- *Medicaid Notice of Case Action Letter from Texas Department of Health & Human Services*
- *Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Notice of Case Action Letter from Texas Department of Health & Human Services (also known as Food Stamps)*
- *Supplemental Security Income (SSI) Award Letter*
- *Temporary Assistance for Needy Families (TANF) award letter*

ATTESTATIONS

Thank you for providing us with all of the necessary information needed to process your discount application. The following certifications need to be checked off and a date and signature added in order to finish your application.

- By checking this box, you agree to allow Solix and member cooperatives of Brazos Electric who are participating in this program to share customer information as to determine eligibility and program benefits.*
- Solix's decision regarding a customer's eligibility is final.*
- By checking this box, I give the Solix authorization to contact me at the phone number or email address I have specified if any additional information is needed.*
- By checking this box, I confirm that all of the information that I've provided is true and correct to the best of my knowledge.*

Signature: _____ Date: _____

APPLICATION SUBMISSION

MAIL TO: Solix Inc.
Attn: Brazos
700 West Lincoln
Suite #500
Charleston, IL 61920

CALL: (844) 770-8549



Solicitud de asistencia por bajos ingresos de Brazos Electric

Información sobre el solicitante

Nombre completo: _____
Apellido *Nombre*

Proveedor de electricidad/N.º de cta.: _____

Dirección de servicio: _____

Dirección

N.º de departamento/unidad

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal (si es distinta): _____

Dirección

N.º de dto.

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre de la persona elegible (si es distinto del solicitante).

DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD: DEBE enviar una copia de su factura de electricidad Y ADEMÁS la documentación de ingresos o del programa. No proporcionar uno de estos documentos tendrá como consecuencia la denegación de la solicitud.

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS ACEPTADA

CANTIDAD DE PERSONAS EN EL HOGAR – Cantidad de personas que viven en su hogar: ____ (Incluye todos los adultos y niños en esta dirección). Su ingreso bruto familiar anual total de todas las fuentes no puede exceder estas pautas:

<i>Número de personas en el hogar</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
<i>Ingreso familiar anual total</i>	\$21,870	\$29,580	\$37,290	\$45,000	\$52,710	\$60,420	\$68,130	\$75,840

Si califica utilizando su ingreso familiar total, DEBE proporcionar prueba del ingreso familiar junto a esta solicitud (proporcione todos los documentos que correspondan).

- Una copia de los recibos de sueldo más recientes de todos los empleadores que contemple los últimos dos meses de todos los miembros de la unidad familiar con fecha dentro de los últimos 90 días.
- Su declaración de impuestos presentada más reciente (debe estar firmada) o formulario W2;

- Una carta firmada de cada empleador en la que indique el nivel de su salario con fecha dentro de los últimos 90 días.
 - Documentación de sus ingresos de Seguro Social con fecha dentro del último año.
 - Una copia de un formulario de desempleo con las fechas de elegibilidad y con fecha dentro de los últimos 90 días.
 - Copias de los dos cheques de desempleo más recientes con fecha dentro de los últimos 90 días.
- Una copia de la declaración bancaria más reciente que demuestre el depósito directo de los ingresos (para la SSI, Seguro Social, anualidad, jubilación) con fecha dentro del último año.

DOCUMENTACIÓN DE PROGRAMAS ACEPTADOS

Si usted o alguien de su grupo familiar participa en alguno de los programas detallados a continuación, envíe una copia de la documentación. (Con fecha dentro del último año y que no haya vencido)

- *Aviso de Acción de Caso de Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas*
- *Aviso de Acción de Caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (también conocido como Cupones para alimentos)*
- *Carta de Adjudicación de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)*
- *Carta de adjudicación de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)*

CERTIFICACIONES

Gracias por proporcionarnos toda la información necesaria para tramitar su solicitud de descuento. Para finalizar la solicitud, se deben marcar las siguientes certificaciones y añadir la fecha y la firma.

- Al marcar esta casilla, acepta y permite que Solix y cooperativas asociadas a Brazos Electric que participan en este programa compartan la información del cliente para determinar la elegibilidad y el programa de beneficios.*
- La decisión de Solix en relación a la elegibilidad del cliente es definitiva.*
- Al marcar esta casilla, autorizo a Solix a contactarse conmigo a mi número telefónico o dirección de correo electrónico que especifique en caso de necesitar información adicional.*
- Al marcar esta casilla, confirmo que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi saber y entender.*

Firma: _____ Fecha: _____

ENVÍO DE LA SOLICITUD

ENVIAR POR CORREO A: Solix Inc.
Attn: Brazos
700 West Lincoln
Suite #500
Charleston, IL 61920

LLAMAR AL: (844)-770-8549