Energy Assistance Program Application

NYSEG
An AVANGRID Company

Discount for eligible residential customers

Please complete this form, sign, and return by email, fax or mail to:

email **NYSEGEnergyAssistanceProgramMailbox@nyseg.com**
fax **800.325.9920**
mail NYSEG Energy Assistance Program
P.O. Box 5240
Binghamton, NY 13902-5240

Customer Name		Benefit Qualifying Person					
Mailing Address					Apartment No.		
City		State	NY	Zip		Phone	
Account No.		Email Address					

Please check the program from which you now receive assistance

- ☐ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- ☐ Medicaid
- ☐ Veterans Disability or Survivors Pension
- ☐ Supplemental Security Income (SSI)
- ☐ Federal Public Housing Assistance
- ☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance (if living on tribal lands)
- ☐ Head Start (if living on tribal lands)
- ☐ Tribal TANF (if living on tribal lands)
- ☐ Food Distribution Program on Indian Reservations (if living on tribal lands)
- ☐ Home Energy Assistance Program (HEAP)
- ☐ Lifeline Telephone Service Program (Lifeline)

Eligibility Requirements

To prove participation in one of the above programs, please submit an award letter or a document that includes your name or the name of their benefit qualifying person (BQP), the name of the qualifying program, and the government, Tribal entity or program administrator that issued the document. All documentation must have an issue date within the last 12 months or a future expiration date that aligns with the benefit period.

Customer/Benefit Qualifying Person Certification and Authorization

I certify that the information above is correct. By signing this form, I allow NYSEG to share and verify information in my application or documentation for this program with Third Parties. I also allow Third Parties to give NYSEG, or representatives or agencies of the federal, state, or local government, information or documentation requested about me related to this and related programs. This information will be shared to help process my application and for ongoing participation and compliance with the program. Information that NYSEG and a Third Party may share about me:

- Information about my application, program participation, and eligibility.
- Information and documentation about utilities, payment history, employment history, income, application status, and award information for benefits or utilities assistance.

Customer Signature		Date	
Benefit Qualifying Person Signature *(if necessary)*		Date	

If you have any questions, please contact us at 800.572.1111.

Aplicación del Programa de asistencia de energía

NYSEG
An AVANGRID Company

Descuento para clientes residenciales aptos

Complete este formulario, fírmelo y envíelo por correo electrónico, fax o correo postal a:		
	correo electrónico	**NYSEGEnergyAssistanceProgramMailbox@nyseg.com**
	fax	**800.325.9920**
	Correo postal	NYSEG Energy Assistance Program P.O. Box 5240 Binghamton, NY 13902-5240

Nombre del cliente		Persona calificada para recibir beneficios					
Dirección postal N.°					N.° de depto		
Ciudad		Estado	NY	Código postal		Teléfono	
N.° de cuenta		Dirección de correo electrónico					

Marque el programa del cual actualmente recibe asistencia

- ☐ Programa de asistencia nutricional complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- ☐ Medicaid
- ☐ Pensión de sobrevivientes o jubilación por discapacidad de veteranos de guerra
- ☐ Ingreso de seguridad complementario (Supplemental Security Income, SSI)
- ☐ Asistencia federal para la vivienda pública (Federal Public Housing Assistance)
- ☐ Asistencia general de la Secretaría de asuntos indígenas (Bureau of Indian Affairs General Assistance, si vive en tierras de aborígenes)
- ☐ Head Start (si vive en tierras de aborígenes)
- ☐ Tribal TANF (si vive en tierras de aborígenes)
- ☐ Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas (si vive en tierras de aborígenes)
- ☐ Programa de asistencia de energía para el hogar (Home Energy Assistance Program, HEAP)
- ☐ Programa de servicio telefónico Lifeline (Lifeline)

Requisitos de aptitud

Para comprobar su participación en uno de los programas anteriores, envíe una carta de adjudicación o un documento que tenga su nombre o el nombre de la persona calificada para recibir beneficios (BQP), el nombre del programa para el que califica, el gobierno, la entidad aborigen o el administrador del programa que emitió del documento. Toda la documentación debe tener una fecha de emisión en los últimos 12 meses o una fecha de caducidad a futuro que se alinee con el periodo de beneficios.

Certificación y autorización del usuario o la persona calificada para recibir beneficios

Certifico que la información anterior es correcta. Al firmar este formulario, autorizo a NYSEG a que intercambie y verifique la información presente en mi solicitud o documentación de este programa con terceros. También autorizo que terceros entreguen a NYSEG, representantes o agencias gubernamentales locales, estatales o federales información o documentación que se solicite sobre mi persona relacionada con este programa o programas relacionados. Esta información se intercambiará para ayudar el proceso de mi solicitud y para la participación y el complimiento permanente del programa. La información que NYSEG y un tercero podrá intercambiar sobre mi persona es la siguiente:

- Información sobre mi solicitud, participación en el programa y aptitud.
- Información y documentación sobre servicios públicos, historial de pagos, antecedentes laborales, ingresos, estado de la solicitud e información de adjudicación de beneficios o asistencia para recibir servicios públicos.

Firma del usuario		Fecha	
Firma de la persona calificada para recibir beneficios *(si corresponde)*		Fecha	

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 800.572.1111.