



OFICINA DE PROGRAMAS DE ENERGÍA PARA EL  
HOGAR DE MARYLAND FORMULARIO DE  
PRIVACIDAD POR CUESTIONES DE SEGURIDAD  
PERSONAL

DEVUELVA ESTE FORMULARIO A:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Instrucciones:*** Los solicitantes que no puedan proporcionar una dirección de entrega en su solicitud de asistencia energética por cuestiones de seguridad deben completar este formulario. Se requiere verificación; no se aceptan afirmaciones de uno mismo. Solo se debe completar una de las casillas.

Solicitante: \_\_\_\_\_

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, no puedo proporcionar mi dirección o ubicación por cuestiones de seguridad. Solicito que la Oficina de Programas de Energía para el Hogar (OHEP, en inglés) me exima de dicho requisito y que mi solicitud se procese sin esta información. Se me ha pedido que proporcione una verificación para justificar mi reclamación. Proporcioné la verificación que indico a continuación. (Solo es necesario marcar una casilla).

**Registros:**

Presento alguno de los siguientes:

- Registros de aplicación de la ley     Registros médicos/de tratamientos     Registros de servicios de protección infantil  
 Registros judiciales     Registros de servicios sociales     Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Autorización/verificación de un tercero:**

Autorizo a \_\_\_\_\_ a completar la verificación que figura a continuación y a entregarla a la Oficina de Programas de Energía para el Hogar con el fin de verificar mi justificación.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta declaración es presentada por:

Nombre y cargo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Soy: (marque una)

- Proveedor de servicios para casos de violencia doméstica     Representante legal  
 Proveedor de servicios médicos, psicológicos o sociales     Conocido/amigo/pariente/vecino del interesado  
 Profesional de las fuerzas del orden     Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
 Representante de niños y jóvenes del condado

Tengo conocimiento de la experiencia de violencia doméstica del reclamante o de los pasos que ha tomado para escapar de ella, y presento esta declaración para verificar que el cumplimiento del requisito del programa OHEP de proporcionar una dirección de vivienda puede poner al reclamante o a los miembros de su hogar o familia en riesgo de más violencia doméstica; hacer que sea más difícil para el reclamante o los miembros de su hogar o familia escapar de la violencia doméstica; o penalizar injustamente al reclamante o a los miembros de su hogar o familia que son o han sido víctimas de violencia doméstica.

Firma del tercero: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Fecha y hora de recepción: \_\_\_\_\_

Revisado y aprobado: \_\_\_\_\_

Firma del trabajador: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_