

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CLIMATIZACIÓN PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS  
PROGRAMA DE ASISTENCIA INTEGRAL DE ENERGÍA**

**FORMULARIO CLIENTE FACTURACIÓN/CONSUMO**

Agencia: **HCCAA, Inc.**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primero Inicial del segundo

\_\_\_\_\_  
\*\* Nombre de cuenta si es diferente del nombre anterior.

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle P.O. Box

\_\_\_\_\_  
Ciudad Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Día Noche

\*\*\*\*\*  
Empresa de servicios eléctricos: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Número del metro \_\_\_\_\_

Número ESI: \_\_\_\_\_

Empresa de servicios  
publicos de gas: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Propano: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Autorizo al Departamento de vivienda y asuntos comunitarios y su agencia contratada para solicitar/verificar información en mis historiales de consumo y facturación de energía, pasado y futuro, en la medida que la información se utiliza sólo para determinar la elegibilidad para el programa y datos.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

**LA AGENCIA SÓLO PARA USO**

Subgrantee must record Weatherization Completion date in box before mailing to TDHCA.

|                                 |
|---------------------------------|
| Weatherization Completion Date: |
|---------------------------------|