

Discount for eligible residential customers

Please complete this form, sign, and return to us:

Email **NYSEGEnergyAssistanceProgramMailbox@nyseg.com**
 Fax **800.325.9920**
 Mail NYSEG EAP
 P.O. Box 5240
 Binghamton, NY 13902-5240

Customer		Benefit Qualifying Person	
Mailing Address			Apt. No.
City	State	Zip	Phone
Account Number		Email Address	

Please check the program from which you now receive assistance

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

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 the Benefit Qualifying Person, 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 applicable)	Date

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

Descuentos para los clientes residenciales que reúnen los requisitos

Complete este formulario, fírmelo y envíenoslo de regreso a:

Correo electrónico **NYSEGEnergyAssistanceProgramMailbox@nyseg.com**
 Fax **800.325.9920**
 Correo NYSEG EAP
 P.O. Box 5240
 Binghamton, NY 13902-5240

Cliente		Persona que reúne los requisitos de admisibilidad para el beneficio	
Dirección de correo			Apartamento N.o
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Número de cuenta		Dirección de correo electrónico	

Marque el programa del que ahora recibe la asistencia

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Head Start (si vive en tierras tribales) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal Tribal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) (si vive en tierras tribales) |
| <input type="checkbox"/> Pensión por invalidez o de supervivencia para veteranos | <input type="checkbox"/> Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas (si vive en tierras tribales) |
| <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Complementario (SSI, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía a los Hogares (HEAP, por sus siglas en inglés) |
| <input type="checkbox"/> Ayuda federal para la vivienda pública | <input type="checkbox"/> Programa Lifeline de descuento en servicios telefónicos (Lifeline) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia general de la Oficina de Asuntos Indígenas (si vive en tierras tribales) | |

Requisitos de elegibilidad

Para demostrar la participación en uno de los programas anteriores, presente una carta de concesión o un documento que incluya su nombre o el nombre de la persona que reúne los requisitos de admisibilidad para el beneficio, el nombre del programa para el que reúne los requisitos, y el gobierno, la entidad tribal o el administrador del programa que emitió el documento. Toda la documentación debe tener una fecha de emisión dentro de los últimos 12 meses o una fecha de vencimiento futura que coincida con el período del beneficio.

Certificación y autorización del cliente/persona habilitada para recibir los beneficios

Certifico que la información anterior es correcta. Mediante la firma de este formulario, permito que NYSEG comparta y verifique la información provista en mi solicitud, o bien, la documentación para este programa con Terceros. Permito también a Terceros dar a NYSEG, o a representantes o agencias del gobierno federal, estatal o local, información o documentación requerida sobre mí en relación con este y otros programas relacionados. Esta información se compartirá con el objetivo de ayudar a procesar mi solicitud y para la participación continua y el cumplimiento del programa. Información que NYSEG y un Tercero puede compartir sobre mí:

- Información sobre mi solicitud, participación en el programa y admisibilidad
- Información y documentación sobre servicios públicos, historial de pagos, historial de empleos, estado de la solicitud de ingresos e información de adjudicación de beneficios, o asistencia para servicios públicos

Firma del cliente	Fecha
Firma de la persona que reúne los requisitos de admisibilidad para el beneficio (si corresponde)	Fecha