



PSEG LONG ISLAND

We make things work for you.

Household Assistance Rate Application

(Reduced Rate for Residential Customers Receiving Benefits from Programs Below)

PLEASE PRINT IN INK, SIGN AT THE BOTTOM OF THE PAGE AND RETURN THIS APPLICATION TO:

**PSEG Long Island
ATTN: BOC/Payment Assistance
PO BOX 9083
MELVILLE, NY 11747**

Account Holder: _____
(Last) (First)

Street Address: _____ Apartment #: _____

City: _____, NY ZIP: _____ Tel. #: _____

PSEG Long Island Customer ID or Account Number: _____

Social Security Number (last four digits only): xxx - xx - _____

-- Eligibility Requirements --

Please check the program(s) from which you now receive assistance:

- Home Energy Assistance Program (HEAP)
- Medicaid
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- Temporary Assistance - Family Assistance (FA)
- Temporary Assistance - Safety Net Assistance (SNA)
- Supplemental Security Income (SSI)
- Veteran's Pension
- Veteran's Surviving Spouse Pension

-- Documentation Required --

Please attach a photocopy of **ONE** of the following:

Current NYS Benefit Identification Card, approval letter from SSI, approval letter from HEAP, or pension letter from the Veteran's Administration.

I certify that the above information is correct. I agree that PSEG Long Island may contact the Nassau or Suffolk County Social Services Agencies, NYC Community Development Agency, NYC Human Resources Administration, the Veteran's Administration or any other related agency to verify the information I am submitting.

Signature: _____ Date: _____



Aplicación para Tarifa de Ayuda para el Hogar (Household Assistance Rate)

(Tarifa reducida para clientes residenciales que reciben beneficios de los programas abajo)

POR FAVOR IMPRIMA ESTA PÁGINA, FIRME SU NOMBRE EN TINTA AL FINAL Y ENVÍE ESTA APLICACIÓN A:

**PSEG Long Island
ATTN: BOC/Payment Assistance
PO BOX 9083
MELVILLE, NY 11747**

Titular de la cuenta: _____
(Nombre) (Apellido)

Dirección: _____ Número de apartamento: _____

Ciudad: _____, NY Código postal: _____ Tel. #: _____

Número de cuenta o de cliente de PSEGLI: _____

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) xxx-xx-____

-- Requisitos para Calificar --

Por favor marque con una X todos los programas de los que recibe ayuda:

- Asistencia de la Red de Seguridad (Safety Net Assistance)
- La Asistencia Familiar (Family Assistance)
- Medicaid
- Pensión por Cónyuge Sobreviviente del Veteranos
- Pensión por Veteranos
- Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)
- Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

-- Documentación Requerida --

Por favor incluye una fotocopia de **UNO** de los siguientes documentos:

Tarjeta de identificación del beneficio NYS actual, carta de aprobación del SSI, carta de aprobación de HEAP o carta de pensión de la Administración de Veteranos de Guerra.

Yo certifico que la información que doy aquí es correcta. Acepto que PSEG Long Island contacte a las agencias de servicios sociales del Condado de Nassau o de Suffolk, la Agencia de Desarrollo Comunitario de NYC, la Administración de Recursos Humanos de NYC, la Administración de Veteranos de Guerra o cualquier otra agencia de este tipo para verificar la información que doy aquí.

Firma: _____ Fecha: _____