

Colusa-Glenn- Trinity Community Action Partnership
Administered by the Glenn County Community Action Department



Instrucciones para someter una aplicación para LIHEAP
Instrucciones para someter una aplicación para LiWAP

Usted puede calificar para asistencia de utilidades a través del programa LIHEAP. Para solicitar asistencia debe completar la aplicación adjunta someta las verificaciones requeridas (vea lista de abajo). Escriba claramente con una pluma de tinta, *no se aceptarán lápiz o uso de corrector. Las aplicaciones incompletas o sin firmar retrasarán el proceso.*

Tiene una **factura de agua o aguas residuales vencida, Si, si complete la solicitud en su total más las páginas 13-16**

ES SU RESPONSABILIDAD EVITAR QUE SUS SERVICIOS SEAN DESCONETADOS

Factura de Energía(mes reciente con los nuevos cargos)

Favor de incluir todas las cuentas de energía

- ✓ Factura de PG&E (uno de los siguientes):
 - *Factura regular* ○ *Aviso de 48 Horas*
 - *Comprobante de interrupción* ○ *Aviso de 15 días*
- ✓ Factura de propano o aceite

Si sus utilidades son sub-medidor: el propietario tiene que completar la forma sub-medidor (*página 5*)

• **NO SE ACEPTA:**

- La factura separada/incompleta no es aceptada
- Factura de servicios cerrados no se aceptan


Formulario De Consentimiento y Autorización Del Cliente/Consumidor (CSD 081) página 12
Tiene que estar firmada por el dueño de la cuenta de servicios.

Prueba de identificación

- Copia de identificación gobierno

Verificación de estatus legal

- Acta de nacimiento de Estados Unidos
- Copia de Tarjeta Residencia (conocida como la "mica")
- Copia de Pasaporte Estadounidense "vigente"
- Tarjeta de Registración de una Tribu
- Certificado de Naturalización: el documento "Original" debe de ser visto y verificado por el personal de HEAP
- REAL Licencia de manejar/ tarjeta de identidad de California

(Con este logo )

Ingresos del hogar
(de un mes, dentro de las últimas 6 semanas)

- Talones de cheques (últimas 6 semanas)
- Pasaporte de Servicios Sociales (mes corriente)
- Beneficios de Seguro Social (año corriente)
- SSI – (del año Corriente)
- Pension (del mes Corriente)
- Beneficios de Desempleo (EDD) talones (últimas 6 semanas) O una impresión actual de beneficios
- Beneficios de Incapacidad (últimas 6 semanas)
- Mantenimiento de niños una impresión de mantenimiento corriente.
- Negocio propio, presente un diario corriente (por 3 meses. Tiene que tener la firma y fecha)

Incluya lo siguiente si aplica:
Formulario de Certificación de Ingresos y Gastos: debe de ser completado por cada persona de 18 años o más que declaren que no tienen ningún tipo de ingresos en las 6 semanas (página 8&9)

Para servicios de Climatización: Si está rentando
Usted tiene que completar el acuerdo de Servicios de Energía (página 10&11) o

Si usted es el dueño y vive en la vivienda – tiene que
Completar al acuerdo de Servicio de Energía (página 10&11) * *Estas formas no están disponible en español.*

Si está solicitando LIHWAP (Programa de Asistencia de agua para Hogares de Bajos Ingresos) envíe la verificación y documentación anterior

- Complete el formulario de admisión del LIHWAP (CSD43-A) (pagina 13-14)
- Si es rentando, el formulario de acuerdo de propietario/administración (pagina 15-16) debe ser completado y firma tanto por el propietario como por el inquilino
- Factura de agua (actual) DEBE estar vencida/cantidad vencida

COMO SOMETER SU APLICACIÓN

Envíe su aplicación por correo a:	Envíe por fax al número:
Glenn County CAD Attn: LiHEAP Program 345 Yolo St Orland, CA 95963	(530) 865-5505

**Si necesita ayuda o tiene preguntas, por favor llame al (530) 865-6129 o
1-800-287-8711 ext 6129**

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo

Formulario de admisión de energía

CSD 43 (10/2022)

<i>Solo para uso oficial</i>	
Puntos prioritarios	
A.C.C.	
Fecha del certificado de elegibilidad	

Agencia: Iniciales de admisión: Fecha de admisión:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento DD/MM/AA
--------	----------------------------	----------	---------------------------------

DIRECCIÓN DE SERVICIO: Dirección en la que vive (*no puede ser un apartado de correos*)

Dirección de servicio	Número de unidad
-----------------------	------------------

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

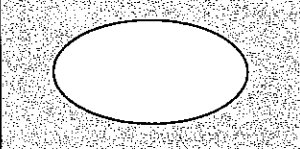
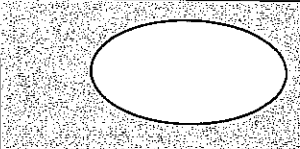
¿Ha vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses? Sí No
 ¿Es su dirección de servicio la misma que la dirección postal?..... Sí No
 ¿Es propietario o alquila su vivienda?..... Propiedad Alquiler

Dirección postal de envío	Número de unidad
---------------------------	------------------

Ciudad de envío	Condado de envío	Estado de envío	Código postal de envío
-----------------	------------------	-----------------	------------------------

Número de Seguridad Social (SSN):		Número de teléfono ()
-----------------------------------	--	-----------------------------

Dirección de correo electrónico:

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Introduzca el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted mismo.	→ 	INGRESOS Indique el número total de personas que perciben Ingresos	→ 
--	---	--	---

Demografía. Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen: *Introduzca el total de ingresos **brutos** mensuales de **todas** las personas que viven en el hogar:*

De 0 a 2 años		TANF / CalWorks	\$
De 3 a 5 años		SSI / SSP	\$
De 6 a 18 años		SSA / SSDI	\$
De 19 a 59 años		Cheques de pago	\$
Mayores de 60 años		Interés	\$
Discapacitados		Pensión	\$
Indígena americano		Otros	\$
Trabajador agrícola temporero o migrante		Total de ingresos mensuales	\$

MIEMBROS DEL HOGAR
 INTRODUZCA A CONTINUACIÓN LOS DATOS DE **TODOS** LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.
 Si en su hogar viven más de 6 personas, indique la información en una hoja de papel aparte.

SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante <i>Usted mismo</i>
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 2

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 3

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 4

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 5

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar			
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 6

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar			
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

Está usted o alguien de su hogar recibiendo **ACTUALMENTE** CalFresh (cupones de alimentos)? Sí No

FACTURA DE PAGO

¿A qué factura energética (ELEGIR SOLO UNA) desea que se aplique el beneficio de LIHEAP? (Adjunte copia completa de la factura o recibo más reciente).

Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Queroseno Lefia fabricada Pellets Otros combustibles

Introduzca la compañía energética y el número de cuenta:

Nombre de la compañía: _____ Número de cuenta: _____

¿Le han cortado el servicio público? Sí No

¿Tiene algún aviso de morosidad? Sí No

¿Los servicios públicos están incluidos en el alquiler o están subcontratados? Sí No

¿Todos sus servicios son eléctricos? Sí No

¿Su compañía de gas natural es la misma que su compañía eléctrica? Sí No

SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)

¿Se ha quedado sin combustible? (Madera, propano, petróleo, queroseno, otros combustibles) Sí No N/A

Indique el número aproximado de días que faltan para que se le acabe el combustible (madera, propano, petróleo, queroseno, otros combustibles).

Número de días: _____ No aplica

INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA

Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS**. Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su vivienda.

Deberá proporcionar una copia de **todas** las facturas o recibos recientes de cualquier gasto energético doméstico.

NOTA: Debe incluir la copia de una factura de luz aunque no utilice electricidad para calentar su vivienda.

¿Cuál es el principal combustible utilizado para **CALENTAR** su vivienda? **DEBE** marcar una fuente de calefacción principal.

Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Queroseno Lefia fabricada Pellets Otros combustibles

Además de su fuente de calefacción principal, ¿utiliza alguna de las siguientes para calentar su casa (puede seleccionar más de una):

Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Queroseno Leña fabricada Pellets Otros combustibles

¿Es usted el titular de la cuenta?: Factura de luz Sí No Factura del gas natural Sí No

La información que aparece en esta solicitud se utilizará para determinar y verificar si cumpla los requisitos para recibir ayuda. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (Socios de CSD) y a mi compañía de servicios públicos y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de servicios públicos de mi hogar, el uso de energía u otra información necesaria para proporcionarme servicios y beneficios según se describe al final del formulario. Mi consentimiento será efectivo durante el periodo comprendido entre los 24 meses anteriores y los 36 meses posteriores a la fecha firmada a continuación. Entiendo que si mi solicitud de beneficios o servicios de LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta inoportuna o un desempeño insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito con el proveedor local de servicios y mi apelación será revisada dentro de los 15 días siguientes a su recepción. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor local de servicios, puedo apelar al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de conformidad con el Título 22, sección 100805 del Código de Reglamentos de California. Si procede, por el presente autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que figura en esta solicitud es verdadera, correcta y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para pagar mis gastos de energía.

X		
	*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***	Fecha

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). **UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO:** Programa de asistencia de energía en el hogar (HEAP). **AUTORIDAD:** La Sección 16367.6 (a) del Código Gubernamental nombra al CSD organismo responsable de la gestión del HEAP. **OBJETIVO:** La información que proporcione se utilizará para decidir si usted cumple los requisitos para recibir un pago de LIHEAP o servicios de climatización. **ENTREGA DE INFORMACIÓN:** Este programa es voluntario. Si decide solicitar ayuda, debe facilitar toda la información requerida. **OTRA INFORMACIÓN:** El CSD utiliza las definiciones estadísticas de la actualización anual de las Guías de Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la admisión al programa. Durante la tramitación de la solicitud, es posible que el subcontratista designado por el CSD tenga que pedirle más información para decidir si cumple los requisitos para uno o ambos programas. **ACCESO:** El subcontratista designado por el CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, si se utiliza, para determinar su admisión. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. El CSD no discrimina en la prestación de servicios por motivos de raza, credo religioso, color, origen nacional, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

SOLICITANTE: NO RELLENE LA INFORMACIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.

Programa de ayuda a los servicios públicos → HEAP Fast Track HEAP WPO ECIP WPO

Beneficio básico \$ _____ Complemento \$ _____ Beneficio total \$ _____

Costo total de energía \$ _____ Carga energética _____

Servicios energéticos restablecidos tras la desconexión: Sí No

Se impide la desconexión de los servicios energéticos: Sí No

Hogar remitido para climatización: Hogar ya climatizado:

Por favor, anote el nombre y la edad de TODAS las personas en su hogar y devuelva esta página con su solicitud

Nombre	Edad	Sexo	Discapacitado
		Masculino/fémela	
		M / F	Si / No
		M / F	Si / No
		M / F	Si / No
		M / F	Si / No
		M / F	Si / No
		M / F	Si / No
		M / F	Si / No

Yo declaro que yo o un miembro del hogar esta discapacitada/o, _____. (Si no tiene verificación de estar discapacitada/o favor ponga sus iniciales.)

Por favor marque el tipo de asistencia por la que está aplicando (solo una):

PG& E PUD PROPANO ACEITE QUEROSENO LEÑA

Si está solicitando asistencia con leña, por favor complete la parte de abajo:

Proveedor de leña: _____

Dirección del Proveedor de leña: _____

Número de Teléfono del Proveedor de leña: _____

¿Esta usted también aplicando para Servicios de Climatización? Si No

Si respondió si y está rentando – Complete la forma adjunta el acuerdo de servicio de Energía (página 10&11). También, incluya la información de contacta su propietario:

Nombre de Propietario: _____ Teléfono: _____

Dirección Postal: _____

Si respondió si y es el dueño: Complete el acuerdo de servicio de Energía (pg.10&11) y tiene que someter comprobante (copia de los impuesto a la propiedad O declaración de su hipoteca)

¿Está inscrito en el programa CARE? Si No

**FORMULARIO PARA EL DUEÑO/MANEJADOR DE LA PROPIEDAD
SI LAS UTILIDADES SON INCLUIDAS EN LA RENTA O SON SUB-MEDIDAS.**

Yo, _____, certifico que los costos de energía
(Nombre del dueño/Manejador de la propiedad)

están incluidas en la renta en: _____
(Dirección Física)

Costo de Energía para: _____ son de la siguiente manera:
(Nombre del Rentero/Arrendatario)

POR FAVOR ANOTE:

**SI EL CLIENTE NO SE LE
COBRA CIERTA CANTIDAD
POR LAS UTILIDADES,
ENTONCES EL 15% DE LA
RENTA SE UTILIZARA PARA
ESTOS CARGOS.**

RENTA	\$
GAS	\$
ELECTRICIDAD	\$
TOTAL	\$

Costo total de Energía para el mes de: _____

Firma: _____

Propietario/Manejador

Favor de poner el sello de la Compañía
(Nombre/ Dirección/ Numero telefonico)

CLIENT EDUCATION CONFIRMATION OF RECEIPT

Name of Occupant		Age of Dwelling	
Address of Dwelling			
Confirmation of Receipt			
I have received the following information:			
<input type="checkbox"/> Lead-Safe Education – A copy of the pamphlet, <i>Renovate Right: Important Lead Hazard Information for Families, Child Care Providers, and Schools</i> , informing me of the potential risk of the lead hazard exposure from weatherization/renovation activity to be performed in my dwelling unit.			
<input type="checkbox"/> Energy Education – Information regarding changes I can make in order to reduce the energy consumption of my household.			
<input type="checkbox"/> Mold and Moisture Education - A copy of the pamphlet, <i>A Brief Guide to Mold and Moisture In Your Home</i> , informing me of how to clean up residential mold problems and how to prevent mold growth.			
<input type="checkbox"/> Budget Counseling - Information regarding personal financial management.			
<input type="checkbox"/> Radon Education - A copy of the pamphlet, <i>A Citizen's Guide to Radon</i> , informing me of the potential risk of radon and how to lower the radon level in my dwelling unit.			
Signature of Recipient			Date
Self-Certification Option			
I certify that I attempted to deliver the following educational information to the dwelling listed above:			
<input type="checkbox"/> Lead-Safe <input type="checkbox"/> Energy <input type="checkbox"/> Mold/Moisture <input type="checkbox"/> Budget Counseling <input type="checkbox"/> Radon			
<i>If the information was delivered but a signature was not obtainable, you may check the appropriate box below.</i>			
<input type="checkbox"/> Refusal to Sign — I certify that I have made a good faith effort to deliver the information to the dwelling unit listed above at the date and time indicated and that the occupant refused to sign the confirmation of receipt. I further certify that I have left a copy of the information at the unit with the occupant.			
<input type="checkbox"/> Unavailable for Signature — I certify that I have made a good faith effort to deliver the information to the dwelling unit listed above and that the occupant was unavailable to sign the confirmation of receipt. I further certify that I have left a copy of the information at the unit by sliding it under the door.			
Attempted delivery dates and times			
Date	Time	Date	Time
Signature (Agency Representative)		Print name	
Mailing Option:			
I certify that I have mailed the following educational information to the dwelling listed above (attach copy of Certificate of Mailing for lead-safe education only):			
<input type="checkbox"/> Lead-Safe <input type="checkbox"/> Energy <input type="checkbox"/> Mold/Moisture <input type="checkbox"/> Budget Counseling <input type="checkbox"/> Radon			
Signature (Agency Representative)		Print name	Date mailed

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA o NO CIUDADANO ESTADO PARA BENEFICIOS PÚBLICOS

Nombre del solicitante de Servicios de Energía	Fecha
Nombre de la persona que actúe por solicitante, en su caso	Relación con el solicitante

Beneficios públicos a los ciudadanos y no ciudadanos

Los ciudadanos y nacionales de los Estados Unidos que reúnen todos los requisitos pueden recibir servicios bajo el Programa De Asistencia de Energía de Bajos Ingresos de Climatización y debe completar *las secciones A y D*.
Los no ciudadanos que cumplen todos los requisitos pueden recibir servicios bajo el Programa de Asistencia de Energía de Bajos Ingresos de Climatización y debe complete las *secciones A, B o C y D*.

Sección A: Ciudadanía / No-Ciudadanía Estado de Declaración

1. ¿El solicitante es ciudadano o nacional de los Estados Unidos? Sí No

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿dónde estaba él / ella nació?

2. Para establecer la ciudadanía o naturalización, por favor, envíe uno de los documentos en la *lista A* (adjunto), que es legible y sin alteraciones para establecer la prueba.

Si usted es **ciudadano o nacional de los Estados Unidos**, por favor, vaya directamente a *la sección D*.
 Si usted es un **no ciudadano**, por favor complete la *Sección B, o, en su caso, la Sección C*.

Sección B: No Ciudadanía Declaración de Situación

Importante: Por favor, indique el solicitante no es el estatuto de ciudadano de a continuación, y presentar documentos que acrediten esa condición. La condición de ciudadano sin documentos que figuran para cada categoría son los documentos más comúnmente utilizadas que el Reino Unido Estados de Inmigración y Naturalización (INS) ofrece a los no ciudadanos en esas categorías. Puede proporcionar pruebas aceptables de su condición de no ciudadano, incluso si no se enumeran a continuación.

1. Un extranjero legalmente admitido para residencia permanente bajo la Ley de Inmigración y Naturalización (INA). La evidencia incluye:

- Formulario INS I-551 (Alien Registration Receipt Card, comúnmente conocida como la "tarjeta verde"), o
- Vencido Temporales sello I-551 en el pasaporte extranjero o en el Formulario INS I-94.

2. Un extranjero que se le conceda asilo bajo la sección 208 de la INA. La evidencia incluye:

- INS Forma I-94 anotadas con sello mostrando concesión de asilo bajo la sección 208 de la INA;
- Formulario INS I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotado "274a.12 (a) (5)";
- Formulario INS I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotado "A5";
- Carta de concesión de la Oficina de Asilo del INS, o
- Orden de un juez de inmigración la concesión de asilo.

3. Un refugiado admitido a los Estados Unidos bajo la sección 207 de la INA. La evidencia incluye:

- INS Forma I-94 anotadas con el sello de admisión que muestra bajo la sección 207 de la INA;
- Formulario INS I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotado "274a.12 (a) (3)";
- Formulario INS I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotado "A3", o
- Formulario INS I-571 (Documento de viaje para refugiados)

4. Un extranjero con libertad condicional en los Estados Unidos por al menos un año en la sección 212 (d) (5) de la INA. Evidencia incluye:

- Formulario INS I-94 con sello que muestra admisión de al menos un año en la sección 212 (d) (5) de la INA. (Solicitante puede períodos no agregados de admisión de menos de un año para cumplir con el requisito de un año.)

- 5. Un extranjero cuya deportación está siendo retenido en la sección 243 (h) de la INA (como en efecto antes del 1 de abril, 1997) o la sección 241 (b) (3) de dicha Ley (modificada por la sección 305 (a) de la división C de la Ley Pública 104-208). La evidencia incluye:
 - Formulario INS I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotado "274a.12 (a) (10)";
 - Formulario INS I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotado "A10", o
 - Orden de un juez de inmigración que muestra la deportación retenido en la sección 243 (h) de la INA, en efecto, antes del 1 de abril de 1997, o la eliminación retenida en la sección 241 (b) (3) de la INA.
- 6. Un extranjero que se concede entrada condicional bajo la sección 203 (a) (7) de la INA en efecto antes del 1 de abril de 1980. La evidencia incluye:
 - Formulario INS I-94 con sello que muestra admisión en la sección 203 (a) (7) de la INA;
 - Formulario INS I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotado "274a.12 (a) (3)", o
 - Formulario INS I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotado "A3".
- 7. Un extranjero que es un operador de Cuba o Haití (como se define en la sección 501 (e) de la Asistencia de Educación para los Refugiados Acta de 1980). La evidencia incluye:
 - Formulario INS I-551 (Alien Registration Receipt Card, comúnmente conocida como la "tarjeta verde") con el código CU6, CU7, o CH6;
 - Vencido temporal I-551 sello en el pasaporte extranjero o en el Formulario INS I-94 con el código CU6 o CU7, o
 - Formulario INS I-94 con sello que muestra la libertad condicional como "entrante cubano-haitiano" en la sección 212 (d) (5) de la INA, o en libertad condicional después de 10/10/80 en la situación especial de los nacionales de Cuba o Haití.
- 8. Un extranjero con libertad condicional en los Estados Unidos por menos de un año bajo la sección 212 (d) (5) de la INA. (Evidencia incluye INS Form I-94 muestra este estado.)
- 9. Un extranjero no en las categorías 1 a 8 que ha sido admitido a los Estados Unidos por un período limitado de tiempo (un inmigrante). Los inmigrantes no son personas que tienen un estatuto temporal para un propósito específico. (Evidencia incluye INS Form I-94 muestra este estado.)
- 10. Me auto-certifico que soy un ciudadano de EE.UU. o no ciudadano nacional o extranjero calificado, pero soy incapaz de proporcionar documentación. (Sólo permitido en el marco del Programa de Intervención de Crisis de la Energía (SEPI), componente de la Del programa LIHEAP.)

Sección C: Declaración para ciertos Maltratos de Extranjeros

Importante: Complete esta sección si el solicitante, hijo de la demandante, o el padre del niño solicitante ha sido maltratadas o sometido a crueldad extrema en los Estados Unidos por un cónyuge o padre.

- 1. Tiene el INS o el EOIR concedió una petición o solicitud presentada por o en nombre de la demandante, la niño solicitante, o el padre del niño solicitante en virtud de la INA o encontró que una petición pendiente establece una caso prima facie para la concesión de permiso para permanecer en los Estados Unidos? La evidencia incluye uno de los documentos en la Lista B (adjunto).
- 2. Tiene el solicitante, hijo de la demandante, o el padre del niño solicitante sido maltratadas o sometidas a extrema la crueldad en los Estados Unidos por un cónyuge, padre o madre, o por un cónyuge o miembro de la familia de los padres que viven en la misma casa (en donde el cónyuge o padre consentido o tolerado en la batería o la crueldad)?

Sección D: Certificación

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS Respuestas que he dado son verdaderas y correctas según MI CONOCIMIENTO.

Firma del solicitante	Fecha
Firma de la persona que actúe en Demandante	Fecha

Adjuntos: Las Listas A y B

CERTIFICACIÓN de ingresos y gastos

Se le pide completar este formulario, ya que usted ha solicitado ayuda, y se informó que su hogar no puede dar prueba de ingresos. El Estado de California requiere que el solicitante informe de todas las fuentes de ingresos. Este formulario nos ayudará a entender cómo usted cumple con los gastos. Por favor, complete la siguiente información:

Información del solicitante	
Nombre:	
Dirección:	

Sección 1: Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar?					
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido dinero por cualquier trabajo que se realiza sólo de vez en cuando, como trabajaren el jardín, cuidado de niños, la donación de sangre, etc?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido algún regalo de dinero? Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre y número de teléfono de la persona que le entregó el regalo:			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		COMPENSACION DEL	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		PAGOS DE	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE	LOS INGRESOS POR BENEFICIOS DE

Sección 2: Está gastando sus ahorros o dinero prestado para cubrir sus gastos mensuales?		
SÍ	NO	Está utilizando ahorros o un préstamo con garantía hipotecaria? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está utilizando algún otro activo (dinero)? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de las tarjetas de crédito? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de alguna otra fuente? Cuánto? _____

Put Notary stamp below, if needed (DOE only) or have
 Executive Director Sign here

Sección 3: Por favor, díganos cómo usted pagó estos gastos mensuales durante los meses anteriores:			
GASTOS	GASTOS MENSUALES	CÓMO EL GASTO HA SIDO PAGADO?	SI ALGUIEN PAGA POR SUS GASTOS, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
Alquiler o Hipoteca	\$		Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
Facturas de servicios públicos	\$		Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
Alimentos	\$		Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

Sección 4: Si nada de lo anterior se aplica a usted, por favor explique cómo sus gastos mensuales se pagan:

Firma: _____

Al firmar este formulario, yo afirmo que yo creo que estos hechos son exactos y veraces. Doy al Proveedor de Servicios mi permiso para verificar esta información y puedo ser responsable bajo la ley federal o estatal por dar declaraciones falsas o fraudulentas.

Firma del solicitante

Fecha

CERTIFICACIÓN de ingresos y gastos

Se le pide completar este formulario, ya que usted ha solicitado ayuda, y se informó que su hogar no puede dar prueba de ingresos. El Estado de California requiere que el solicitante informe de todas las fuentes de ingresos. Este formulario nos ayudará a entender cómo usted cumple con los gastos. Por favor, complete la siguiente información:

Información del solicitante	
Nombre:	
Dirección:	

Sección 1: Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar?					
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido dinero por cualquier trabajo que se realiza sólo de vez en cuando, como trabajaren el jardín, cuidado de niños, la donación de sangre, etc?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido algún regalo de dinero? Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre y número de teléfono de la persona que le entregó el regalo:			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		COMPENSACION DEL	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		PAGOS DE	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE	LOS INGRESOS POR BENEFICIOS DE

Sección 2: Está gastando sus ahorros o dinero prestado para cubrir sus gastos mensuales?		
SÍ	NO	Está utilizando ahorros o un préstamo con garantía hipotecaria? Cuánto?
SÍ	NO	Está utilizando algún otro activo (dinero)? Cuánto?
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de las tarjetas de crédito? Cuánto?
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de alguna otra fuente? Cuánto?

Put Notary stamp below, if needed (DOE only) or have
 Executive Director Sign here

Sección 3: Por favor, díganos cómo usted pagó estos gastos mensuales durante los meses anteriores:			
GASTOS	GASTOS MENSUALES	CÓMO EL GASTO HA SIDO PAGADO?	SI ALGUIEN PAGA POR SUS GASTOS, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
Alquiler o Hipoteca	\$		Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
Facturas de servicios públicos	\$		Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
Alimentos	\$		Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

Sección 4: Si nada de lo anterior se aplica a usted, por favor explique cómo sus gastos mensuales se pagan:

Firma: _____

Al firmar este formulario, yo afirmo que yo creo que estos hechos son exactos y veraces. Doy al Proveedor de Servicios mi permiso para verificar esta información y puedo ser responsable bajo la ley federal o estatal por dar declaraciones falsas o fraudulentas.

Firma del solicitante
Fecha



ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

Dwelling Information			
Select the Dwelling Type		I am the	
Single-Family <input type="checkbox"/>	Mobile Home <input type="checkbox"/>	Multi-Unit <input type="checkbox"/>	Owner-Occupant <input type="checkbox"/> Tenant <input type="checkbox"/>
Owner-Occupant or Tenant Information			
Owner-Occupant or Tenant (Print or type name)		Address	
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Telephone Number
Owner-Occupant or Tenant Email Address			Owner-Occupant or Tenant FAX Number

Owner-Occupant or Tenant Acceptance of Terms for CSD Weatherization Services
(to be completed by the Owner-Occupant or Tenant)

I agree to accept the following TERMS required for my primary residence to receive services from the Department of Community Services and Development (CSD) weatherization programs(s):

1. I certify that the above-listed property is my primary residence.
2. I (the Owner-Occupant or Tenant), grant the Contractor/Agency permission to enter my dwelling to perform assessments, conduct diagnostics, take photos only of weatherization work to be performed or deferred (as it relates to individual or whole house services), install feasible weatherization services and perform inspections in accordance with CSD weatherization program policies and standards to the above-listed dwelling.
3. I acknowledge that an assessment of my dwelling is necessary to determine the work that can be performed and that the work that is available may be limited due to the needs and condition of my residence. Identified work may not be provided if it does not meet all program requirements and specifications and may lead to full or partial deferral of work. My refusal of certain work may prevent the installation of other identified work in accordance to program requirements.
4. I hereby release and pledge to hold harmless the Contractor/Agency listed below, and its staff, from any liability in connection with the work identified on a summarized list, except as a consequence of gross negligence or willful and wanton misconduct.
5. I authorize the Contractor/Agency to access my utility company records to obtain only energy usage data for a period of one year before and two years after weatherization measures are installed.
6. I grant the Contractor/Agency, local, State and/or Federal inspectors permission to enter the dwelling after reasonable notice to perform inspections to verify the existence and quality of work performed by the Contractor/Agency and compliance with local, State, and/or Federal building codes and programmatic guidelines and acknowledge that a permit may be required for specific weatherization work. I understand that I may be held financially responsible for the weatherization work if I refuse to allow access for inspection and permitting purposes.
7. I shall not remove any permanently installed energy conservation measures unless they are damaged or no longer functional in the residence from where they were installed.

Additional Certifications For Owner-Occupants ONLY:

8. I acknowledge and agree that this property is not for sale at the time of qualifying for the program and will not be offered for sale or otherwise distributed for at least sixty days following the completion of weatherization services.
9. Mobile home units only: I acknowledge that I may not receive services that require a permit if the registration on the mobile unit is not up-to-date.

Additional Certifications For Tenants ONLY:

10. I acknowledge that the Rental Property Owner must grant the Contractor/Agency the same permissions by signing CSD 515B Energy Service Agreement for Rental Property Owner before any services are rendered.



ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

11. I understand that the Property Owner cannot raise the rent of the unit for a period of two years from the date of weatherization because of the increased value of the unit due solely to weatherization measures provided by the Contractor/Agency (allowable factors for rent increase include an actual increase in property taxes, actual cost of amortizing other improvements to the property accomplished after the date of work completed by the Contractor/Agency, or actual increases in expenses of maintaining and operating this property).
12. I acknowledge that I have been provided a copy of this Agreement explaining its terms effective for a two year period after weatherization services have been completed. Complaint Process: In the event the provisions of this Agreement related to increased rent or the landlord's failure to decrease utility costs for master metered units are not met, tenants may contact the Contractor/Agency to submit a verbal or written complaint, which will be investigated by the Department of Community Services and Development. Contractor/Agency contact information is located on this Agreement under the section entitled, "Contractor/Agency Assurance."
13. I may retain the replacement energy conservation measure installed by the CSD weatherization program(s) if the replaced appliance was my personal property .

I CERTIFY THAT I am the Owner-Occupant or Tenant residing in the dwelling listed above that serves as my primary residence and that all given statements are true and correct to the best of my knowledge. I have read and understand these TERMS and RELEASE, and agree to be bound by all of its terms and conditions in order to receive weatherization services under the CSD weatherization program(s).

Owner-Occupant or Tenant's Signature	Date
--------------------------------------	------

Contractor/Agency Assurance

Contractor/Agency (Print name)		Address	
CSLB Number (if applicable)	City	ZIP Code	Contractor/Agency Telephone Number
Contractor/Agency Email Address		Contractor/Agency FAX Number	

The Contractor/Agency agrees to the following:

1. Shall be responsible for the feasible cost of weatherization measures performed other than cash contribution from the Owner or Owner Agent, if applicable, and any subsequent non-compliance.
2. Shall ensure that the Contractor/Agency is properly insured.
3. Shall ensure that work is conducted in a professional manner and meets program and building code standards.
4. Shall not make any significant structural changes to the dwelling without requesting written permission specifically describing the change from the dwelling owner.
5. Shall provide in writing a list of all weatherization measures installed in the unit.
6. Shall assure that the owner, or owner's agent, and tenant data shall be maintained in a confidential manner to assure compliance with the Information Practices Act of 1977, as amended, and the Federal Privacy Act of 1974, as amended.

Agency Program Manager's Signature	Agency Program Manager's Name (Print name)	Date
------------------------------------	--	------

Department of Community Services and Development
Formulario de autorización y consentimiento del titular de la cuenta
CSD Form 081 (Rev. 12/17)

NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombre completo del titular de la cuenta		
Dirección postal del titular de la cuenta (número y calle)		Número de unidad (si tiene)
(Ciudad)	Estado	Código postal
¿La dirección donde recibe servicios públicos es la misma que la dirección del titular de cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre completo del solicitante de beneficios (del formulario 43)		
Dirección donde recibe el servicio público (número y calle)		Número de unidad (si tiene)
(Ciudad)	Estado CA	Código postal

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Escriba el nombre de la empresa de servicios públicos y su número de cuenta a continuación (puede encontrar el número de cuenta en la factura). Si diferentes empresas le proveen los servicios de gas y electricidad, escriba el nombre y número de cuenta de ambas empresas.

Nombre de la empresa de servicios públicos	Número de cuenta del servicio
Nombre de la empresa de servicios públicos (si tiene una segunda empresa que le provee servicios públicos)	Número de cuenta del servicio

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, usted (el titular de la cuenta) da su autorización y consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (asociados de CSD) y a su empresa de servicios públicos y sus contratistas, para que compartan la información sobre la cuenta de servicios públicos, información del medidor de uso y el consumo de energía y otra información según sea necesario de su propiedad durante el período que inicia 24 meses antes y finaliza 36 meses después de la fecha firmada abajo. La información que nos autoriza a obtener y compartir se usará para fines de evaluar el uso doméstico de energía de los beneficiarios del programa para que CSD pueda: a) medir la efectividad de los servicios que proporcionamos al determinar cuánto se reducen sus facturas de servicios públicos y cuánto nuestros servicios reducen las emisiones de carbono (contaminación atmosférica) y b) informar estos resultados a las autoridades federales y estatales que financian y supervisan los programas de asistencia de energía de California. CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias estatales o federales y programas afiliados (asociados de CSD), en colaboración con su empresa de servicios públicos y sus contratistas, utilizan esta información para brindar servicios que ayudan a familias de bajos ingresos, como la del solicitante, a pagar sus facturas de energía de consumo doméstico y administrar estas necesidades energéticas para los fines indicados en esta autorización.

Firma del titular de la cuenta	Fecha	Nombre del contratista/organización asociada de CSD
--------------------------------	-------	---

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO

Usted acepta que su consentimiento permanecerá en vigencia por 36 meses a partir de la fecha en que firma esta autorización, a menos que lo revoque mediante una notificación escrita enviada a: CSD Energy & Environmental Services Division, 2389 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833. La revocación entrará en vigor tras su recepción, pero no se aplicará a ninguna información que fue compartida mientras esta autorización estaba vigente.

PROGRAMAS APLICABLES

Algunos de los programas que CSD supervisa o con quienes está asociado incluyen a:

- CSD Federal Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- CSD Federal Department of Energy Weatherization Assistance Program (DOE WAP)
- State Low-Income Weatherization Program (LIWP)
- Department of Housing and Urban Development (HUD) Lead Hazard Control and Healthy Homes Program
- Utility Company Energy Savings Assistance (ESA) Program
- Utility Company California Alternate Rates for Energy (CARE) Program

Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario

Formulario anexo de admisión del LIHWAP

CSD 43 -A (04/2022)

<i>Solo para uso oficial:</i>	
A.C.C.	
Fecha de cert. de elegibilidad	

Agencia: _____ Iniciales de ingreso: _____ Fecha de ingreso: _____

¿Es dueño o alquila su hogar?..... Dueño Alquila

MIEMBROS DEL HOGAR

A CONTINUACIÓN INGRESE LA INFORMACIÓN DE **TODOS** LOS MIEMBROS DEL HOGAR.

Si hay más de 7 personas en su hogar, indique la información en un papel aparte.

SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante <i>Usted mismo</i>
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español?
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		

MIEMBRO DEL HOGAR 2

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español?
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		

MIEMBRO DEL HOGAR 3

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español?
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		

MIEMBRO DEL HOGAR 4

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español?
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		

MIEMBRO DEL HOGAR 5

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español?
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		

MIEMBRO DEL HOGAR 6

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
--------	----------------------------	----------	-----------------------------

Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	¿Hispano/Latino/Español?
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder

MIEMBRO DEL HOGAR 6

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	¿Hispano/Latino/Español?	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	

¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalWorks (asistencia con dinero en efectivo)? Sí No

¿Usted o alguien de su hogar recibieron asistencia LIHEAP en los últimos 120 días? Sí No

PAGAR FACTURA

¿A qué factura quiere que se aplique el beneficio LIHWAP, lo que incluye los estados de cuenta del impuesto sobre bienes inmuebles (SELECCIONE SOLO UNA)? (Adjunte una copia completa de la factura o el recibo más recientes)

Factura del agua Factura de tratamiento de aguas residuales El agua y el tratamiento de aguas residuales están combinadas en una sola factura

Ingrese la empresa de agua/tratamiento de aguas y el número de cuenta:

Nombre de empresa: _____ Número de cuenta: _____

¿Su servicio público está cortado? Sí No

¿Tiene un aviso de factura vencida o saldo vencido en su factura? Sí No

¿Sus servicios públicos se incluyen en el alquiler o tiene una cuenta con medidor individual? Sí No

La información de esta solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para obtener asistencia. Al firmar, doy mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (socios de CSD) y a mi empresa de servicio público y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de servicio público de mi hogar, además de otras informaciones necesarias para proporcionarme servicios y beneficios, según se describe al final del formulario. Comprendo que si se rechaza mi solicitud de beneficios LIHWAP o si recibo una respuesta tardía o un rendimiento insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito ante el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará a más tardar 15 días después de su recepción. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor local de servicios, puedo apelar ante el Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario, de conformidad con el Título 22 del Código de Reglamentos de California, sección 100805. Declaro, bajo pena de perjuicio, que la información de esta solicitud es verdadera, correcta y los fondos recibidos se utilizarán solamente con el fin de pagar mis gastos de agua y tratamiento de aguas.

X	*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***	Fecha
----------	-------------------------------	-------

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios y Desarrollo Comunitario (CSD, Community Services and Development). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Low Income Household Water Assistance Program (LIHWAP, Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos). AUTORIDAD: El Código de Gobierno, sección 12087.2 (b) nombra a CSD como la agencia responsable de administrar LIHWAP. PROPÓSITO: La información que proporcione se utilizará para decidir si es elegible para un beneficio LIHWAP. OTORGAR INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información necesaria. OTRA INFORMACIÓN: El CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual del Ingreso medio del estado, Nivel federal de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para determinar la elegibilidad en el programa. Es probable que durante el proceso de solicitud, el contratista designado por el CDS tenga que pedirle más información para decidir su elegibilidad. ACCESO: El subcontratista designado por el CDS guardará su solicitud llenada y demás información, si se utiliza, para determinar su elegibilidad. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contienen información sobre usted. El CDS no discrimina en la disposición de servicios según raza, creencias religiosas, color, nacionalidad, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

SOLICITANTE: NO RELLENE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.

Beneficio total de LIHWAP \$ _____

Gasto total de agua o tratamiento de aguas (solo costo de agua) \$ _____ Costo de agua _____

Servicios de agua restablecido después de un corte: Sí No Se evitó el corte de servicios de agua: Sí No

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA PARA FAMILIAS CON BAJOS INGRESOS (LIHWAP)

ACUERDO DE GESTIÓN/ARRENDADOR

El programa LIHWAP (Low Income Household Water Assistance Program) provee asistencia financiera a familias con bajos ingresos para ayudar a que gestionen los costos de los servicios públicos residenciales de agua potable y aguas residuales. Los fondos federales del LIHWAP son provistos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU (U. S. Department of Health and Human Services), y el Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitarios de California (California Department of Community Services and Development, CSD) fue designado como agencia de administración para el LIHWAP en California.

El Acuerdo de Gestión/Arrendador es un formulario suplementario para la solicitud del LIHWAP. Este Acuerdo se utiliza para que el arrendador/agente de administración verifiquen: 1) el arrendamiento del solicitante; 2) que los costos de agua potable, aguas residuales y aguas pluviales estén incluidos en la renta del inquilino; y 3) que se adeude el pago de dichos costos. La firma del Agente de Gestión/Arrendador en el Acuerdo de Gestión/Arrendador asegura que el beneficio del LIHWAP se aplique a los próximos servicios públicos del inquilino incluidos en el pago de la renta.

Nombre del Inquilino			
Dirección del servicio público		Número de la unidad	
Ciudad, estado, código postal			
Teléfono		Correo electrónico	

Cantidad de la renta mensual que cubre los costos de agua potable, aguas residuales y aguas pluviales	\$	Ayuda a cubrir	<input type="checkbox"/> Agua potable únicamente <input type="checkbox"/> Aguas residuales únicamente <input type="checkbox"/> Agua potable y aguas residuales cuando estén combinados en una sola factura en la cuenta del Agente de Gestión/Arrendador
Cantidad de meses adeudados en el alquiler			

Dueño de la propiedad			
Gerente/Agente del alquiler			

Dirección			
Ciudad, estado, código postal			
Teléfono		Correo electrónico	

Homólogos. Este acuerdo puede formalizarse en uno o más homólogos, cada uno de los cuales se considerará como original, pero todos ellos en conjunto constituirán un único instrumento.

Firma electrónica. Tanto el Arrendador/Agente de administración y el Inquilino aceptan el uso de firmas electrónicas en este Acuerdo y en todos los documentos relacionados con este Acuerdo, incluidas las enmiendas a cualquiera de los anteriores. Una firma electrónica tendrá la misma validez y aplicabilidad que una firma manuscrita hasta el máximo permitido por la ley aplicable. El Acuerdo y todo documento relacionado con este Acuerdo ejecutado con firmas electrónicas se considerarán "escritos" o "por escrito" y ejecutados, constituirán un registro escrito original cuando estén impresos y se aceptarán plenamente en cualquier procedimiento legal. A los efectos del presente, "firma electrónica" tendrá el significado establecido en la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de California (California Uniform Electronic Transactions Act, "UETA") (Cód. Civil sección 1633.1 - sección 1633.17).

Certificación del Arrendador/Agente de administración: El Arrendador/Agente de administración confirma que el Inquilino indicado arriba ha concretado un contrato de arrendamiento con el Arrendador/Agente de administración y que los gastos de agua potable, aguas residuales o aguas pluviales están incluidos en la renta. El Arrendador/Agente de administración acuerda aceptar un pago reducido de la renta de parte del Inquilino por la cantidad del beneficio del LIHWAP que será aplicado a la renta mensual actual o subsiguiente del Inquilino dentro de los 45 días posteriores a la confirmación de que el beneficio LIHWAP se haya aplicado a la cuenta de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración. El Arrendador/Agente de administración acepta la divulgación de la información de la cuenta de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración y la copia de la factura actual de servicios públicos ante el Departamento de Desarrollo y Servicios Comunitarios de California (California Department of Community Services and Development, CSD) y a sus agentes autorizados, incluido HORNE LLP, con fines de procesamiento del beneficio LIHWAP. El CSD y sus agentes autorizados restringirán los usos y divulgaciones de esta información al mínimo necesario para procesar los beneficios LIHWAP.

Firma del Arrendador o Agente de administración

Fecha

Certificación del Inquilino: Certifico que soy un inquilino mencionado en el acuerdo de alquiler con el Arrendador/Agente de administración. Entiendo que el Arrendador/Agente de administración acepta un pago reducido de la renta si mi solicitud para el LIHWAP es aprobada y si se emite un pago correspondiente a la compañía de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración por los gastos de agua potable, aguas residuales o aguas pluviales de mi grupo familiar. Entiendo que CSD, o sus agentes autorizados,

notifiquen al Arrendador/Agente de administración cuando se acredite el beneficio del LIHWAP en la cuenta de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración, y acepto la divulgación de esta información con fines de procesamiento de mis beneficios del LIHWAP. Entiendo que tengo derecho a recibir protecciones para el inquilino, que podrían incluir un juicio civil en un tribunal de pequeñas demandas por incumplimiento del contrato, si el Arrendador/Agente de administración no cumple con los términos del Acuerdo de Gestión/Arrendador.

Firma del Inquilino

Fecha

4867-3079-1972, v. 1

CONSEJOS DE ENERGIA SIN COSTO

Baje el Termostato a 68 grados o menos durante el día y a 55 grados o apagado durante la noche (si su salud lo permite) o cuando se encuentre fuera de casa. Use ropa en varias capas como sweaters, thermos, sueras y calcetines. Para proteger su cuerpo del frio.

Programa su calentador de Agua a "normal" o 120 grados, a menos que su maquina lavaplatos requiera una temperatura mas alta.

Abra sus cortinas o persianas para dejar que el calor caliente su casa y cierrelas durante la noche para crear una capa mas de insolación.

Descongele sus congeladores y refrigeradores antes de que se forme una capa de hielo de 1/4 de pulgada de grueso.

Mantenga los registros del aire, las ventanillas del calentador y radiador limpios y asegurese que no esten tapados por muebles, tapetes o cortinas.

Mueva los muebles para que esten cerca de las paredes internas y no en las paredes que dan al exterior o ventanas.

Cierre su chimenea firmemente cuando no este en uso.

Tome duchas rapidas.

Lave solamente lavadoras de ropa llenas y haga lo mismo con la maquina lavaplatos.

Use Agua fria cuando lave su ropa.



CONSEJOS DE ENERGIA A BAJO COSTO

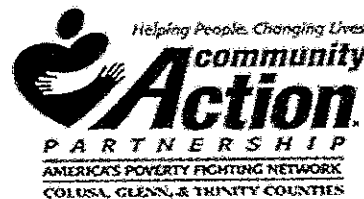
Limpie o reemplace los filtros de la calefaccion una vez al mes.

Instale selladores alrededor de las puertas y ventanas que dejen pasar el aire.

Hacer ajustes a sus gastos.

Identifique sus Ingresos y sus Gastos y haga una lista para cada uno. La metà ser que la columna de Gastos sea menor o por lo menos igual que la columna de Ingresos. Esto significa que todos sus Ingresos son contados y presupuestados para un gasto especifico.

Se recomienda revisar su **Presupuesto Mensualmente**

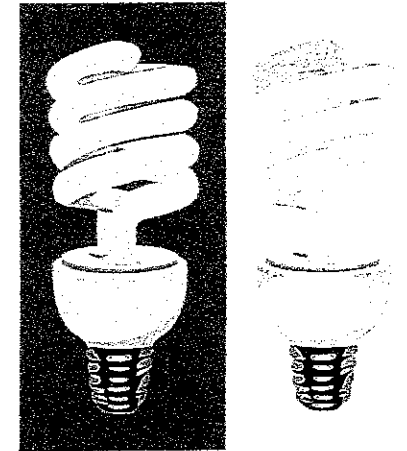


Empleador/Programa de Igualdad de Oportunidades.

Ayudas Auxiliares y Servicios disponibles a peticion para personas con discapacidades



Consejos de Energia & Presupuesto



Glenn, Colusa, & Trinity
HEAP & Weatherization
program

Glenn County
Health & Human Services Agency
345 Yolo St
Orland, CA 95963

Aplicaciones de HEAP estan
disponibles llamando al:
(530) 934-1484 voicemail
1(800) 287-8711

PORQUE HACER UN PRESUPUESTO

El Presupuesto es el cimiento de todo Plan Financiero. No importa si esta viviendo de cheque a cheque o si su Ingresos anuales son de 6 dígitos, Usted necesita saber a donde se va su dinero si es que quiere tener el control de sus finanzas. Hacer presupuesto no significa que solo habra restricciones en lo que gasta o que eliminara el gastos en todo lo divertido de su vida. Es saber cuanto dinero tiene y saber a donde se va, así podemos planear cual es la mejor manera de usar estos fondos. Aquí encontrará lo que necesita para crear y mantener un presupuesto.

COMO CREAR UN PRESUPUESTO

Crear un presupuesto puede no ser la cosa mas divertida por hacer en el mundo, pero es vital para mantener las finanza de casa en orden. Antes de crear su presupuesto, es importante que sepa que para que el presupuesto sea exitoso debe de proveer todos los detalles por mas pequeños que estos parezcan. El resultado final le mostrará de donde viene su dinero, cuanto dinero es y a donde se esta yendo.



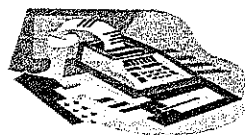
COMO HACERLO:

Reuna todos los estados de cuenta que pueda como por ejemplo los del banco, los recibos corrientes de sus utilidades (Luz, Agua, Telefono, etc.), cuentas de inversion y cualquier otra información referente a gastos o ingresos, la clave de este proceso es crear un Presupuesto mensual mas exacto.

Lleve record de todos sus fuentes de Ingreso.

Haga una lista de sus gastos mensuales.

Haga una lista de arriba hacia abajo de sus gastos del mes; pagos de vivienda. Pagos del carro, Aseguranzas, comida, utilidades, plan de retiro, colegiaturas, entretenimiento, fondos de inversion y esencialmente todo lo que gasta en sus facturas mas recientes y cualquier otra información referente a sus ingresos y gastos, la clave para esto es crear un la lista mensual mas precisa.



SEPARE SUS GASTOS EN 2 CATEGORIAS:

1.- Los fijos y 2.- los variables.

Los gastos fijos son aquellos que cada mes es la misma cantidad y ya forman parte de tu vida cotidiana por ejemplo el pago de casa o renta, pagos de auto, cable, servicio de internet, basura, pagos de tarjetas de credito y mas, estos gastos son necesarios y no deben de cambiar tu presupuesto.

Los gastos variables son aquellos que cambian mes con mes, por ejemplo la compra de comida, gasolina, entretenimiento, restaurants, regalos, solo por mencionar algunos. Esta categoria es importante si tienes que hacer ajustes tu presupuesto.

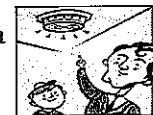
Ponga el Total de ingresos y gastos mensuales. Si los resultados muestran que sus ingresos son mas que sus gastos, usted se encuentra a tiempo de comenzar un presupuesto. Esto significa que usted puede eliminar gastos innecesarios y enfocarse en plan de retiro o pagar tarjetas de credito para eliminar la deuda. Si usted muestra mas gastos que ingresos, entonces usted necesita hacer cambios inmediatamente.

Health and Safety Tips

Instale alarmas de humo y monoxide de carbon en su hogar.

Proporcione Sistema de ventilacion apropiados para cada equipo de calefaccion.

Nunca use su estufa u horno para calendar su casa o su garage.



Ponga calentadores en superficies planas y no flamables, no las ponga sobre tapetes o en la alfombra.

Mantenga los calentadores a por lo menos 3 pies de la cama, cortinas, persianas, muebles y de otros materiales flamables.

Nunca deje a calentador de espacio prendido cuando se vaya a dormir o cuando abandone el area.

Vigile de cerca a los niños y mascotas cuando exista un calentador en el cuarto.

Siempre use generadores afuera y retirados de ventanas, puertas y ventanillas de ventilacion.

CONSEJOS DE AHORRO Y ENERGIA:

Agregue laminas de plastic a sus ventanas o compre cubridores de ventanas o paquetes de interior contra tormenta.

Instale Termostatos Programables.

Instale regaderas y grifos de bajo flujo

Envuelva su calentador de agua con forro de aislamiento. Asegurese de dejar descubierta la ventanilla de ventilacion cuando cubra un calentador de agua de gas.

Aisle las tuberias de agua que salen desde su calentador de agua.