

Colusa-Glenn- Trinity Community Action Partnership

Administered by the Glenn County Community Action Department



Instrucciones para someter una aplicación para HEAP

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.**

(El programa de LIHEAP proporciona una ayuda a año con un pago de Luz, Gas, Propano o Aceite)

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.

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

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

| | |
|--|---|
| Envíe su aplicación por correo a: | O si necesita enviar por fax su aplicación note que solo se aceptaran las que contengan notificaciones de desconexión, de 48 horas o 15 días |
| Glenn County HHS Attn: HEAP Program 125 E. Walker St Orland, CA 95963 | Si vive en el Condado de Colusa, Willows, Artois, Butte City, Elk Creek Mandela al fax (530) 934-6650 Si vive en Orland, Hamilton City, Trinity County Mandela al fax (530) 865-1001 |

Ayudas auxiliares & servicios disponibles a petición de personas con discapacidad

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo
Formulario de ingreso para la prestación de energía
CSD 43 (10/2017)

| Solo para uso oficial | |
|-----------------------|--|
| Priority Points | |
| A.C.C. | |
| Eligibility Cert Date | |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| Agency: | Intake Initials: | Intake Date: |
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido |
| | | Fecha de nacimiento DD/MM/AA |
| DOMICILIO DE SERVICIO – Domicilio de residencia (no casilla de correo) | | |
| Domicilio de servicio | | Número de unidad |
| Ciudad | Condado | Estado |
| | | Código postal |
| ¿Ha vivido en este domicilio durante los últimos 12 meses corridos? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su domicilio de servicio es el mismo que su domicilio de residencia?..... | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Domicilio postal | | Número de unidad |
| Ciudad | Condado | Estado |
| | | Código postal |
| Número de seguridad social (SSN): | | Número telefónico () |
| Correo electrónico: | | |

| | | | |
|---|--|--|-----------|
| PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Ingrese la cantidad total de personas que viven en el hogar incluido usted | | INGRESOS Ingrese la cantidad total de personas que reciben ingresos | |
| <i>Datos demográficos: Ingrese la cantidad de personas en el hogar que son:</i> | | <i>Indique e el ingreso mensual bruto total de todas las personas que viven en el hogar:</i> | |
| Edades 0 – 2 años | | TANF / CalWorks | \$ |
| Edades 3 - 5 años | | SSI / SSP | \$ |
| Edades 6 - 18 años | | SSA / SSDI | \$ |
| Edades 19 - 59 | | Cheque(s) de pago | \$ |
| Edades mayor de 60 años | | Intereses | \$ |
| Discapacitado | | Pensión | \$ |
| Nativo Americano | | Otro | \$ |
| Trabajador agrícola estacional o migrante | | Ingreso mensual total | \$ |

| INTEGRANTES DEL HOGAR | | | | | |
|--|----------|-----------------------------|------------------------------|--|--------------------|
| INGRESE LA INFORMACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR | | | | | |
| Si en su hogar viven más de 7 personas, incluya su información en una hoja adicional. | | | | | |
| Nombre | Apellido | Relación con el solicitante | Fecha de nacimiento DD/MM/AA | Monto del ingreso bruto total (Antes de impuestos y deducciones) | Fuente de ingresos |
| | | Usted | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Monto del ingreso bruto mensual total del hogar | | | | \$ | |
| ¿Usted o alguien de su familia recibe ACTUALMENTE CalFresh (Cupones para alimentos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |

FACTURA DE PAGO

¿A qué factura de energía (ELIJA SÓLO UNA) desea que se aplique el beneficio LIHEAP? (Adjunte una copia completa de la factura o recibo más reciente).

Gas Natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible

Ingrese la empresa de energía y el número de cuenta:

Nombre de la empresa:

No. de cuenta: _____

¿Su servicio público está interrumpido? Sí No

¿Recibió una notificación por atraso? Sí No

¿Sus servicios públicos están incluidos en la renta? Sí No

¿Sus servicios públicos son todos eléctricos? Sí No

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

SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)

¿Actualmente no tiene combustible? (madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles) Sí No N/A

Indique la cantidad aproximada de días que quedan antes de que se quede sin combustible

(madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles). Cantidad de días: _____ N/A

INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA

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

Debe presentar una copia de **todas** las facturas o recibos de energía recientes por todos los costos de energía doméstica.

NOTA: Debe incluirse una copia de una factura eléctrica aun cuando no use electricidad para calentar su hogar.

¿Cuál es el combustible que más utiliza para **CALENTAR** su hogar? DEBE marcar una fuente principal.

Gas Natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible

Además de su fuente de calefacción principal, ¿usa alguno de los siguientes para calefaccionar su hogar? (puede elegir más de uno):

Gas Natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible N/A

¿Usted es el titular de: La factura de Electricidad Yes No La factura de Gas Natural Yes No

La información de la presente solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar a continuación, presto mi consentimiento (permiso) al CSD, sus contratistas, consultores y otras oficinas federales o estatales (socios del CSD) y a mi empresa de servicios públicos y a sus contratistas para entregar información acerca de mi cuenta de servicios públicos doméstica, consumo de energía u otra información necesaria para prestarme los servicios y beneficios descritos al final del presente formulario. Mi consentimiento tendrá vigencia por un plazo de 24 meses anteriores a la fecha de firma que se consigna a continuación y hasta 36 meses después. Entiendo que si mi solicitud para los beneficios o servicios LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta fuera de término o una prestación no satisfactoria, podré presentar una apelación escrita ante el proveedor del servicio local, y esta apelación será evaluada no más de 15 días después de su recepción. De no estar conforme con la decisión del proveedor del servicio, podré apelar ante el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo conforme al Artículo 100805, Título 22 del Código de Normas de California. De resultar aplicable, autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costos a mi cargo. Declaro, bajo pena por falso testimonio, que la información incluida en la presente solicitud es verdadera, correcta, y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para los pagos de mis costos de energía.

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

NOMBRE DE LA OFICINA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia en Energía Doméstica (HEAP). AUTORIDAD: El Artículo 16367.6 del Código de Gobierno (a) nombre a CSD como oficina responsable del manejo del HEAP.

OBJETO: La información que usted proporciona será utilizada para decidir si resulta apto para el pago de LIHEAP o los servicios de climatización.

ENTREGA DE INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información solicitada. OTRA

INFORMACIÓN: CSD emplea definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas sobre Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del

Estado del Departamento de Servicios Médicos y Humanos para determinar la aptitud al programa. Durante el procesamiento de la solicitud, el

subcontratista designado de CSD podría necesitar más información para decidir respecto de su aptitud para uno o ambos programas. ACCESO: El

subcontratista designado de CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, de ser utilizada, para determinar su aptitud. Tiene

derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. CSD no discrimina al momento de prestar sus servicios como

consecuencia de la raza, religión, color, nacionalidad, ancestros, discapacidad física, discapacidad mental, enfermedad, estado civil, sexo, edad ni

orientación sexual.

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

Utility Assistance being provided under which program → HEAP Fast Track HEAP WPO ECIP WPO

Base Benefit \$ _____ Supplement \$ _____ Total Benefit \$ _____

Total Energy Cost \$ _____ Energy Burden _____

Energy Services Restored after disconnection: Yes No Disconnection of Energy Services Prevented: Yes No

Home Referred for WX: Home Already Weatherized:

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 Masculino/femenina | Discapacitado |
|--------|------|----------------------------|---------------|
| | | M / F | Si / No |
| | | M / F | Si / No |
| | | M / F | Si / No |
| | | M / F | Si / No |
| | | M / F | Si / No |
| | | M / F | Si / No |

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 anote la información del proveedor que va usar:

Proveedor de leña: _____

Dirección del Proveedor de leña: _____

Numero de Teléfono del Proveedor de leña: _____

¿Está usted también aplicando para Servicios de Climatización? Sí No

Si respondió si y está rentando – usted tiene que completar la forma adjunta “El Acuerdo de Servicio de Energía” (página 10&11). Una vez que se determine que la vivienda/unidad no ha sido climatizada. Se le mandara un formulario al dueño para poder climatizar la vivienda/unidad.

Si respondió si y es el dueño: también debe complete “El Acuerdo de Servicio de Energía” (página 10&11) y someter comprobante (copia del impuesto a la propiedad O declaración de su hipoteca)

¿Está en el programa de CARE o está recibiendo un descuento en su cuenta de energía? SI NO

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

Definicion De Vivienda:

Para poder calificar como elegible vivienda Mobile Home/RV las llantas no estar presents y tener un porche unido. Mobile Home/RV tiene que estar en la misma ubicacion por UN bien tiempo.

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

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

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

| | | |
|---|--------------|----------|
| POR FAVOR ANOTE: | RENTA | \$ _____ |
| SI EL CLIENTE NO SE LE COBRA CIERTA CANTIDAD POR LAS UTILIDADES, ENTONCES EL 15% DE LA RENTA SE UTILIZARA PARA ESTOS CARGOS. | GAS | \$ _____ |
| | ELECTRICIDAD | \$ _____ |
| | TOTAL | \$ _____ |

Costo total de Energia para el mes de: _____

Firma: _____
Propietario/Manejador

Favor de poner el sello de la Compañía
(Nombre/ Dirección/ Número telefónico)

CLIENT EDUCATION CONFIRMATION OF RECEIPT

| | |
|------------------|-----------------|
| Name of Occupant | Age of Dwelling |
|------------------|-----------------|

Address of Dwelling

Confirmation of Receipt

I have received the following information:

- Lead-Safe Education** – A copy of the pamphlet, *Renovate Right: Important Lead Hazard Information for Families, Child Care Providers, and Schools*, informing me of the potential risk of the lead hazard exposure from weatherization/renovation activity to be performed in my dwelling unit.
- Energy Education** – Information regarding changes I can make in order to reduce the energy consumption of my household.
- Mold and Moisture Education** - A copy of the pamphlet, *A Brief Guide to Mold and Moisture In Your Home*, informing me of how to clean up residential mold problems and how to prevent mold growth.
- Budget Counseling** - Information regarding personal financial management.
- Radon Education** - A copy of the pamphlet, *A Citizen's Guide to Radon*, 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:

- Lead-Safe**
 Energy
 Mold/Moisture
 Budget Counseling
 Radon

If the information was delivered but a signature was not obtainable, you may check the appropriate box below.

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.

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 | 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):

- Lead-Safe**
 Energy
 Mold/Moisture
 Budget Counseling
 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 periodos 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?

Por Nota: si una persona, si necesita "(DOE only)" or name
Executive Director for Signature

| | | |
|----|----|---|
| 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? _____ |

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. If you only have a signature, 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

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 frío.

Programe 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 ciérrelas 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 asegúrese que no estén tapados por muebles, tapetes o cortinas.

Mueva los muebles para que estén 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 remplace los filtros de la calefacción una vez al mes.

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

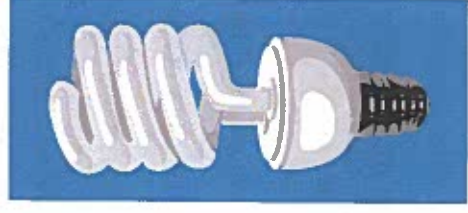
Hacer ajustes a sus gastos.

Identifique sus Ingresos y sus Gastos y haga una lista para cada uno. La metá 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



Consejos de Energia & Presupuesto



**Glenn, Colusa, & Trinity
HEAP & Weatherization
program**

**Glenn County
Health & Human Services Agency
420 E Laurel St
Willows, CA 95988**

**Aplicaciones de HEAP estan
disponibles llamando al:
(530) 934-1484 voicemail
1(800) 287-8711
O en nuestro sitio web:
www.cgtcap.org**



**Empleador/Programa de Igualdad de Oportunidades.
Ayudas Auxiliares y Servicios disponibles a petición para personas con discapacidades**

