|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo** | ***Solo para uso oficial*** | |
| Formulario de ingreso para la prestación de energía Utility Assistance  Weatherization | Priority Points |  |
| CSD 43 (10/2017) ***Por favor de usar la tinta negra o azul*** | A.C.C. |  |
| Agency: **CAPK**  Intake Initials: Intake Date: | Eligibility Cert Date |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | | | | | Inicial del segundo nombre | | | | | | | Apellido | | | Fecha de nacimiento | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | M | M | D | D | A | A |
| DOMICILIO DE SERVICIO – Domicilio de residencia (*no* casilla de correo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio de servicio | | | | | | | | | | | | | | | Número de unidad | | | | | |
| Ciudad | | | | | | | Condado  **KERN** | | | | | | | Estado  **CA** | Código postal | | | | | |
| ¿Ha vivido en este domicilio durante los últimos 12 meses corridos? ☐ Sí ☐ No Fecha de Mudanza (Mes/Año)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Cantidad total que paga para alquiler o hipoteca?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recibes asistencia de vivienda (HUD, Sec 8, etc.)? ☐ Sí ☐ No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio postal **Marque si es lo miso que Domicilio de Servicio** | | | | | | | | | | | | | | | Número de unidad | | | | | |
| Ciudad | | | | | | | Condado | | | | | | | Estado | Código postal | | | | | |
| Número de seguridad social (SSN): |  |  |  | **-** | |  |  | **-** |  |  |  |  | Número telefónico ( ) | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono alternativo ( ) | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
| *Datos demográficos: Ingrese la cantidad de personas en el hogar que son:* | | ***Solo para uso oficial*** *Indique el ingreso mensual* ***bruto*** *total de* ***todas*** *las personas que viven en el hogar* | |
| 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** | **$** |
| Incontable | $ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 (esposa, hijo, amigo, etc.)** | **Fecha de nacimiento MM/DD/AA** | **Discapac-itado**  **(Si/No)** | **Fuentes de *Todos* los ingresos (SSI, Trabajo, Cuidado de Crianza, etc.)** | **Monto del ingreso bruto total (Antes de impuestos y deducciones)** |
|  |  | Usted |  | **S / N** |  |  |
|  |  |  |  | **S / N** |  |  |
|  |  |  |  | **S / N** |  |  |
|  |  |  |  | **S / N** |  |  |
|  |  |  |  | **S / N** |  |  |
|  |  |  |  | **S / N** |  |  |
|  |  |  |  | **S / N** |  |  |
| **Monto del ingreso bruto mensual total del hogar** | | | | | | **$** |
| **¿Usted o alguien de su familia recibe ACTUALMENTE CalFresh (Cupones para alimentos)?**  Sí  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 descriptos 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.

|  |
| --- |
| **NOTA: Para que su solicitud se considere completa, DEBE TAMBIÉN completar, firmar y adjuntar el formulario de "Client Education Confirmation of Receipt" (CSD 321).** |

|  |
| --- |
| **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: |
| Agency Defined Priorities:  Medically Needy  Frail Elderly Severe Financial Hardship Hard to Reach  Priority Offsets  N/A |

11/17