

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo

Formulario de ingresos para la prestación de energía

CSD 43 (10/2017)

<i>Solo para uso oficial:</i>	
Puntos de prioridad	
A.C.C.	
Fecha de cert. de aptitud	

Agencia:	Iniciales de admisión:	Fecha de admisión:		
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 de corrido?..... <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 de teléfono ()
Correo electrónico:				

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Ingrese la cantidad total de personas que viven en el hogar, incluido usted	→	INGRESO Ingrese la cantidad total de personas que reciben ingresos	→
<i>Datos demográficos: ingrese la cantidad total de personas en su hogar con las siguientes características.</i>		<i>Indique el ingreso mensual bruto total de todas las personas que viven en el hogar:</i>	
0 a 2 años de edad		TANF / CalWorks	\$
3 a 5 años de edad		SSI / SSP	\$
6 a 18 años de edad		SSA / SSDI	\$
19 a 59 años de edad		Cheque(s) de pago	\$
60 años de edad o más		Intereses	\$
Discapacitado		Pensión	\$
Nativo americano		Otro	\$
Trabajador agrícola estacional o migrante		Ingreso mensual total	\$

INTEGRANTES DEL HOGAR					
INGRESE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR.					
Si en su hogar viven más de 7 personas, incluya la 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 SOLO 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: _____ Nro. de cuenta: _____

¿Su servicio público está interrumpido? Sí No

¿Recibió una notificación por atraso? Sí No

¿Sus servicios públicos están incluidos en la renta o cuenta con medidor adicional? 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/C

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/C

Usted es el titular de: la factura de electricidad Sí No la factura de gas natural Sí No

La información de la presente solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar a continuación, otorgo mi consentimiento (permiso) al CSD, sus contratistas, consultores y otras agencias federales o estatales (socios del CSD) y a mi empresa de servicios públicos y a sus contratistas para compartir 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 que comienza 24 meses antes de la fecha de firma que se consigna a continuación y que continúa 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 del Título 22 del Código de Normas de California. Si corresponde, autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costos a mi cargo. Declaro, bajo pena por falso testimonio, que la información que se incluye en la presente solicitud es verdadera y 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 AGENCIA: Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia en Energía Doméstica (HEAP). AUTORIDAD: el Artículo 16367.6 (a) del Código de Gobierno designa al CSD como la agencia responsable del manejo del HEAP. OBJETO: la información que usted proporciona se utilizará 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: el CSD emplea definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas sobre Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Estado del Departamento de Servicios Sociales y de Salud para determinar la aptitud para el programa. Durante el procesamiento de la solicitud, el subcontratista designado del CSD podría necesitar más información para decidir respecto de su aptitud para uno o ambos programas. ACCESO: el subcontratista designado del 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. El CSD no discrimina al momento de prestar sus servicios por motivos de 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.

Asistencia para servicios públicos que se proporciona a través de qué programa → HEAP Fast Track HEAP WPO ECIP WPO

Beneficio base \$ _____ Complemento \$ _____ Beneficio total \$ _____

Costo total de energía \$ _____ Porcentaje de ingresos invertido en energía _____

Servicios de energía restablecidos después de la desconexión: Sí No Desconexión de los servicios de energía evitada: Sí No

Hogar referido para WX: Hogar climatizado: