



MANERAS PARA DE SOLICITAR ASISTENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

EN LINEA: <https://www.caliheapapply.com/>

POR CORREO ELECTRONICO: energy@capriverside.org

POR FAX: 951-955-2230 ***Solo desconexiones

POR CORREO: CAP Riverside P.O Box 5760, Riverside, California 92517-5760

EN PERSONA: (llamar 951-955-4900 para una cita)

Dirección:

Oficina Principal:

2038 Iowa Ave. Suite B-101/B-102
Riverside, CA 92507

Hemet Service Center:

749 N. State St.
Hemet, CA 92543

Mecca WIC/CAP:

91275 Suite 100
66th Avenue
Mecca, CA 92254

County Administrative Center:

260 N. Broadway
Blythe, CA 92225

Desert Hot Springs WIC/CAP:

14320 Palm Drive
Desert Hot Springs, CA 92240

Temecula WIC/CAP:

41002 County Center Dr., B
Temecula, CA 92591

IMPORTANTE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD


*** Debido a la abrumadora demanda y los limitados recursos financieros disponibles para asistencia, el Estado de California exige que los proveedores de servicios locales (agencias) establezcan un plan de prioridades. La máxima prioridad es para los hogares que tienen bajos ingresos y altos costos de energía, tomando en cuenta los hogares con personas mayores y discapacitadas, y niños menores de seis años. Esto significa que algunos hogares que recibieron asistencia en el pasado ya no calificarán para recibir fondos bajo el nuevo plan prioritario.



HWS HOUSING AND
WORKFORCE
SOLUTIONS
ENGAGE. ENCOURAGE. EQUIP.



**ANTES DE ENTREGAR SU SOLICITUD,
ASEGÚRESE DE ENVIAR COPIAS DE TODOS
SUS DOCUMENTOS**

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE TODOS LOS
DOCUMENTOS REQUERIDOS EN LA PÁGINA
SIGUIENTE **



HWS HOUSING AND
WORKFORCE
SOLUTIONS
ENGAGE. ENCOURAGE. EQUIP.

2038 Iowa Ave. Suite B-101
Riverside, CA 92507

951-955-4900

Community Action Partnership of Riverside
County





LISTA DE DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA EL PROGRAMA DE LIHEAP & LIHWAP

Aplicaciones incompletas no serán procesadas y serán devueltas.

- Forma de admisión CSD43 & CSD 43-A PARA LIHWAP** Llene y firme ambos lados, favor de no utilizar corrector.
- Forma CSD600 “Declaración de ciudadanía”** Llene y firme ambos lados, favor de no utilizar corrector.

Ambos recibos de gas y electricidad (completos y con fecha más reciente) son necesarios para poder procesar la aplicación de LIHEAP.

- Factura reciente de gas natural o gas propano** - Factura completa (todas las páginas), indicando 22 o más días de consumo.
- Factura reciente de electricidad** - Factura completa (todas las páginas), indicando 22 o más días de consumo.
- Factura reciente de agua o alcantarillado** - Factura completa (todas las páginas), indicando 22 o más días de consumo.
- Carta de notificación de desconexión o notificación tardía** (si lo ha recibido).
- Incluido en la renta:** Sí sus servicios de utilidades están incluidos en la renta, usted necesita proveer la copia de su contrato de alquiler o renta y tanto usted como el propietario o administrador de la vivienda deberán llenar la forma **“UTILITIES INCLUDED IN THE RENT”** (Utilidades incluidas en la renta).
- Todo Eléctrico:** Si su hogar es **“TODO ELECTRICO”**, por favor indíquelo en la aplicación (CSD43).

- Ingresos del hogar –** *Deben de ser los más recientes (dentro de las últimas 4-semanas consecutivas). Necesario de todos los miembros del Hogar.*

- Talones de cheque: copia de todos los talones de pago (últimas 4-semanas consecutivas). Si falta uno de los talones de pago, favor de incluir una explicación detallada.
- Beneficios de desempleo: copias de EDD y/o documentación apropiada reflejando un mes completo (consecutivo) de pago (dentro de las últimas 4-semanas), debe tener el nombre del beneficiario.
- Ingreso de deshabilitados y/o cancelación de ingresos, copia de historial de pagos recibidos en línea (portal de internet) mostrando las últimas 4 semanas de beneficios recibidos (del Estado- EDD o compensación del trabajador), la forma debe tener el nombre del beneficiario.
- Manutención de niños (últimas 4 semanas).
- Manutención de esposo/a (últimas 4 semanas).
- Beneficios de Seguro Social (SSA): estado de cuenta bancaria más reciente indicando depósito directo, carta de determinación de beneficios del año en curso indicando la cantidad a recibir, o copia del cheque.

- Beneficios de Seguro Suplementario (SSI): estado de cuenta bancaria más reciente indicando depósito directo, o carta de determinación de beneficios del año en curso, o copia del cheque.
- TANF (asistencia de ayuda en efectivo), carta de beneficios reciente de verificación de beneficios “Verificación of benefits” o carta reciente de pasaporte de servicios impresa (Passport to services print out).
- Pensiones o anualidades: declaraciones anuales o carta de determinación (la más reciente solamente). Estado de cuenta bancaria reflejando depósito directo NO son aceptados para comprobar ingreso de pensiones.
- Empleado independiente: Forma de 1040 y Forma Schedule C de su declaración de impuestos más reciente, mostrando ganancias y pérdidas.
- Prueba de ingresos ganados en efectivo: declare tipo de trabajo y cantidad de dinero recibido dentro de las últimas 4-semanas.
- Asistencia familiar continua: carta escrita de familiares o amistades que lo han ayudado con los gastos continuos de las últimas 4 semanas indicando lo que han proporcionado, se requiere firma y fecha.

Encuesta de ingresos y gastos CSD-43B - Se necesita solamente si usted u otro miembro de su hogar mayor de 18 años declara “cero” ingresos.

El solicitante debe firmar y poner fecha. Favor de no utilizar corrector.

CSD-081 Forma de consentimiento del cliente (REQUERIDO PARA LIHEAP) - Sólo si el nombre del solicitante no está en la factura de gas o electricidad.

Identificación - Es requerida sólo de la persona que aplica. Tarjeta de identificación/Licencia de manejar con fotografía indicando nombre legal, u otra identificación valida.

Copia de la tarjeta del seguro social - Sólo de la persona que aplica.

Prueba legal de Ciudadanía de los EE.UU o residencia (para el solicitante solamente). Proporcionar uno de los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento (en los EE.UU).
- Certificado de Ciudadanía o Naturalización.
- DD214 Certificado del Servicio Militar - debe de indicar lugar de nacimiento.
- Tarjeta de Residencia permanente - tarjeta de permiso de trabajo temporal NO ES ACEPTADA.
- Pasaporte de los EE.UU.
- Certificado de Bautismo - debe de indicar lugar de nacimiento.

Favor incluir lo siguiente:

- Carta de aprobación o verificación de beneficios de cupones de comida y la asistencia monetaria más recientes (mes en curso).
- Carta de beneficios para vivienda de bajos ingresos sección 8 - HUD (mes en curso).



**LIHEAP PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA UTILIDADES Y
CLIMATIZACIÓN 2024 NIVELES DE POBREZA — Valido hasta 06/30/2025**

No. de miembros del hogar	Ingreso Mensual
1	\$2,882.83
2	\$3,769.83
3	\$4,656.83
4	\$5,543.92
5	\$6,430.92
6	\$7,317.92
7	\$7,484.25
8	\$7,650.58
9	\$7,816.92
10	\$7,983.17



VERIFICACIÓN DE INGRESOS

1. La prueba de ingresos que presente debe de ser la más reciente y debe de cubrir las últimas cuatro (4) semanas de la fecha en que se presenta la solicitud.
2. **Ingreso Bruto Total** (antes de las deducciones) debe de ser reportado por todos los miembros de la familia que vivan en el hogar y que reciban ingresos al momento de presentar la solicitud.
3. **POR FAVOR ENVIE COPIAS. ORIGINALES NO PUEDEN DEVOLVERSE**

INGRESO CONTABLE	INGRESO NO COANTABLE
<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF): Notificación de Acción o carta de beneficio, copia del cheque de "welfare". • Ingreso de Seguro Suplementario: Aviso de Acción planificada o Formulario 2458, copia impresa computarizada de la oficina del Seguro Social, copia del estado de cuenta bancario que muestre el depósito directo de SSI: copia de cheque de SSI. • Seguro Social: copia del cheque(s) reciente(s): formulario 4926 o 2458 de Seguro Social, una copia impresa computarizada de la Oficina de Administración del Seguro Social. • Pensión y pensiones vitalicias: copia de un cheque reciente, verificación por carta o declaración anual del plan de pensión. • Talones de cheques de salario: talones recientes que cubran un período de un mes mostrando el ingreso bruto. • Dividendos (i.e. bonos, cuentas de ahorros) regalías (i.e. compensación de uso de propiedad). • Ingreso por interés: estado de cuenta bancario mensual o trimestral, estado de cuenta del ingreso por interés de un banco o agencia. • Compensación por incapacidad: copia de un cheque reciente, copia impresa computarizada o carta de la agencia o compañía de seguro que verifique la cantidad de la compensación. • Pagos de seguros o anualidades regulares. • Workers compensation. • Compensación por incapacidad: copia de un cheque reciente, copia impresa computarizada o carta de la agencia o compañía de seguro que verifique la cantidad de la compensación. • Reembolso de jurado. • Pago militar. • Sustento de hijos y/o cónyuge; copia de un cheque reciente. • Sustento por parte de un individuo: copia de un cheque y declaración firmada por la persona que proporciona el apoyo regular (mensual). • Beneficios de Veteranos: carta indicando recibo de Pensión de Veteranos, copia del cheque de la Administración de Veteranos de Guerra. • Formulario 1040 de Impuestos Federales firmado (válido hasta el próximo año de impuestos): SOLO SERA ACEPTADO PARA PERSONAS QUE TRABAJAN POR SU CUENTA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos financieros. • Asistencia por Adopción. • Asistencia para los programas de: Abuelos Adoptivos y Acompañantes de Ancianos. • Asistencia educacional – ingresos de estudiantes a través de becas, préstamos o becas de Pell. • Avers Retirados del Banco. • Beneficios de Intereses de Hipotecas. • La Venta de Propiedades (Automóvil o vivienda). • Devolución de Impuestos. • Obsequios. • Préstamos. • Adelantos. • Suma de venta de una propiedad. • Suma de herencias. • Pago de combate militar. • Remuneración de seguro. • Compensación por accidente. • Retiro de Ahorros. • Estampillas de Alimentos sin Especificación del Monto de Beneficio. • Programas de Beneficios Federales (Medicare, Medicaid, Almuerzo Escolar, y Asistencia para Vivienda). • Beneficio de Alimentación y Vivienda en Reemplazo de Sueldo. • Formularios de W2 y tarjetas de Medi-Cal no son aceptados como prueba de ingresos. • Asistencia de Adopción. • Ingresos tributarios devengados. • Calfresh (asistencia de comida). • HUD (asistencia de renta).

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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de 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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de 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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de 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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de 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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <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 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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <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 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 (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 Leña fabricada Pellets Otros combustibles

Ingrese la compañía de energía 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 subcontractados? 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 Leña 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 cumplo 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 _____

Servicio de energía restablecido tras la desconexión: Sí No

Se evitó la desconexión de los servicios de energía: Sí No

Hogar remitido para aclimatización: Hogar ya climatizado:

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.	
Agencia:	Iniciales de ingreso:
Fecha de ingreso:	Fecha de cert. de elegibilidad
¿Es dueño o alquila su hogar?..... <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
<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"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
<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"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
<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"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
<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"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
<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"/> 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"/> 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"/> 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		

¿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 compañía de agua/tratamiento de aguas y el número de cuenta:

Nombre de la compañía: _____ 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



COMPROBANTE DE CIUDADANÍA Y/O DOCUMENTOS QUE SON ACEPTADOS

Si es un residente de Los Estados Unidos cualquiera de los documentos que se indican a continuación pueden servir como certificado de nacimiento:

A. Evidencia Primaria

- Certificado de nacimiento indicando nombre y lugar de nacimiento en uno de los 50 Estados de EE.UU
- Tarjeta de Residencia (Tarjeta verde)
- Pasaporte de Estados Unidos
- Reporte de nacimiento Estadounidense fuera de los Estados Unidos
- Certificado de naturalización
- Certificado de ciudadanía
- Tarjeta de Identificación que prueba ciudadanía
- Tarjeta de Identificación de Mariana del Norte
- Declaración proveída por un Representante Oficial del Consulado Americano
- Tarjeta de Identificación de Indios Nativos Americanos con Código de Clasificación "KC"

B. Evidencia Secundaria

Si la persona que aplica no puede presentar uno de los documentos que aparecen en la lista descrita en el punto A, los siguientes documentos pueden utilizarse para comprobar ciudadanía o nacionalidad Estadounidense:

- Registros Religiosos de EE.UU.
- Evidencia de empleo de servicio civil para el gobierno de los Estados Unidos antes de Junio 1, 1976
- Registros escolares que muestran admisión a la escuela, indicando nombre de los padres, fecha y lugar de nacimiento de EE.UU.
- Registro o comprobante de Censo que comprueba ciudadanía Estadounidense
- Documentos de Adopción Final que muestran lugar de nacimiento en uno de los 50 Estados, Distrito de Columbia u otro lugar de Jurisdicción Estadounidense como: Puerto Rico, Guam, EE.UU Islas Vírgenes, Samoa Estadounidense o Las Islas de Mariana del Norte.
- DD214 (siempre y cuando indique lugar de nacimiento)
- Cualquier otro documento que indica y establece la ciudadanía Estadounidense

C. Naturalización Colectiva

Si la persona que aplica no puede presentar uno de los documentos que aparecen descritos anteriormente en los puntos A y B, los siguientes documentos pueden comprobar y establecer la ciudadanía Estadounidense para aquellos individuos que han sido naturalizados en forma colectiva:

Puerto Rico:

- Evidencia de nacimiento en Puerto Rico Islas Vírgenes (EE.UU.):
- Evidencia de nacimiento en las Islas Vírgenes Islas Mariana del Norte (NMI):
- Evidencia de nacimiento en NMI (Islas Marianas del Norte)

STATEMENT OF CITIZENSHIP or NON-CITIZEN STATUS FOR PUBLIC BENEFITS

Nombre del Candidato que Aplica Para Solicitar Servicios de Energía:	Fecha:
Nombre de la Persona Representando al Candidato, si así fuera pertinente:	Parentesco con el Candidato:

Beneficios Públicos para Ciudadanos y Residentes Legales

Ciudadanos v Nativos de los Estados Unidos que llenan los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Asistencia de Personas de Bajos Recursos y/o los servicios de Aclimatización para Personas de Bajos Ingresos y deben de llenar la **Sección A y D**.

Para aquellos que no son Ciudadanos que llenan todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Energía para personas de Bajos Recursos y/o el Programa de Aclimatización para Personas de Bajos Recursos del Departamento de energía y deben llenar las **Secciones A, B o C, y D**

Sección A: Declaración de Ciudadanos y Residentes Legales

1. ¿Es el candidato ciudadano o nativo de los Estados Unidos? Si No
 Si la respuesta a la pregunta anterior es si, donde nació Ciudad/Estado
2. Para establecer ciudadanía o naturalización, favor proveer uno de los documentos detallados en la Lista A (adjunta) que sea legible y sin alteraciones para establecer prueba.

Si es **Ciudadano o Nativo de los Estados Unidos**, favor vaya directamente a la **Sección D**.

Si **no es Ciudadano**, favor complete la **Sección B**, o si aplica, la **Sección C**.

Sección B: Declaración de Residentes Legales

Importante: Para aquellos candidatos que no son ciudadanos por favor indique su estado legal en los Estados Unidos siguiendo la lista de documentos que se detallan a continuación. Esta lista contiene los documentos más comúnmente otorgados por el Departamento de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS) como prueba de estadía legal. En caso de tener un documento que no sea parte de la lista que se le detalla a continuación, sírvase proveer dicho documento para comprobar evidencia legal de estadía en los Estados Unidos

1. La Evidencia incluye: Un extranjero legalmente admitido como residente permanente bajo el Acto de Inmigración y Naturalización (INA). Esta evidencia incluye:
- INS Forma I-5512 (Tarjeta de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como "green card"); o
 - Vigente Sello Temporal I-551 en el pasaporte extranjero ó en la forma de INS I-94
2. Un extranjero al cual se le ha concedido asilo bajo la sección 208 del INA. La evidencia incluye
- INS Forma I-94 con sello indicando el Permiso de Asilo bajo la sección 208 de Inmigración;
 - INS Forma I-668 B (Tarjeta de autorización de empleo estampado "274a.12(aA)(3)";
 - INS Forma I-766 (Documento de autorización de empleo) estampado "A5"; o
 - Carta de Asilo autorizado por la oficina de inmigración; o
 - Orden de un juez de inmigración concediendo el asilo.
3. Un refugiado admitido a los Estados Unidos, bajo la sección 207 de Inmigración. Evidencia
- INS Forma I-94 con sello indicando admisión bajo sección 207 del Código de Inmigración
 - INS Forma I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) sellado "274a.12(a)(3)"; o
 - INS Forma I-766 (Documento de Autorización de Empleo) sellado "A3"; o
 - INS Forma I-571 (Documento de Viaje para Refugiado).
4. Un Extranjero admitido bajo libertad provisional a los Estados Unidos por lo menos un año bajo la sección 212(d)(5) de INS. Evidencias incluye:
- INS Forma I-94 con sello mostrando admisión por lo menos de un año bajo la sección 212(d)(5) de INA. (El Solicitante no puede agregar períodos de admisión por más de un año para llenar los requisitos del período de un año)

5. Un extranjero al cual su deportación está siendo detenida bajo la sección 243 (h) de la ley de Inmigración (que se encuentra en efecto antes de Abril 1, 1997) o sección 241 (b)(3) de tal Acto (como es corregida por la sección 305(a) de la división C de la Ley Pública 104-208). La evidencia incluye:
- INS Forma I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotada “274a.12(a)(10)”;
 - INS Forma I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotado “A10”; o
 - Orden del Juez de inmigración mostrando la suspensión de deportación bajo la sección 243(h) de INA efectivo antes de Abril 1, 1997, o la suspensión removida bajo la sección 241(b)(3) de INA.
6. Un extranjero al cual se le ha otorgado entrada condicional bajo la sección 203(a)(7) de INA en efecto antes de Abril, 1980. Evidencias Incluyen:
- INS Forma I-94 con el sello mostrando la fecha de admisión bajo la sección 203(a)(7) de INA;
 - INS Forma I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotado “274a.12(a)(3)”;
 - INS Forma I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotada “A3.”
7. Un extranjero Cubano o Haitiano (definido en la sección 501(e) del Acto de Asistencia de Educación para Refugiados de 1989). Evidencias Incluyen:
- INS forma I-551 (Tarjeta de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como green card) con los códigos CU6, CU7, o CH6;
 - Sello no expirado de I-551 en un pasaporte extranjero o en la forma de INS-I-94 con el Código CU6 o
 - INS Forma I-94 con el sello mostrando la entrada bajo libertad provisional como “Cubano/Haitiano Inmigrante” bajo la sección 212(d)(5) de INA; o que salió bajo libertad provisional después de 10/10/80 en condición especial para ciudadanos de Cuba y/o Haití.
8. Un extranjero que entró bajo libertad provisional a los Estados Unidos por menos de 1 año bajo la sección 212(d)(5) de INA. (Evidencia incluyen INS forma I-94 que compruebe esta condición)
9. Un extranjero que no esté dentro de la categoría 1 al 8 que ha sido admitido a los Estados Unidos por un período de tiempo limitado (no inmigrante). No inmigrantes son aquellas personas que tienen un estado temporal por un propósito específico. (Evidencias incluyen la forma de INS-I-94 que demuestre su estado)
- 10 Yo, certifico que mi estado de residencia en este país es de ciudadano y/o no ciudadano de los EE.UU o residente legal , pero no puedo comprobar o proveer apropiada documentación. (Solamente permitido bajo la “Energy Crisis Intervention Program – ECIP (Programa de Intervención de Crisis de Energía).

Sección C: Declaración para Aquellos Inmigrantes que hayan sido maltratados

IMPORTANTE: Complete esta sección en caso de que el solicitante, hijo del solicitante, o padre del solicitante haya sido maltratado o sujeto a situaciones de extrema crueldad en los Estados Unidos.

1. Inmigración o el EOIR ha concedido una petición o aplicación hecha por el solicitante, en su representación, el hijo/a del solicitante, el padre/madre del solicitante bajo el INA o que la petición este pendiente y de pie a un caso de prima facie en los Estados Unidos? Evidencias incluyen uno de los documentos en la lista B
2. Ha sido el solicitante, hijo del solicitante, el padre/madre del hijo del solicitante maltratado o sometido a extrema crueldad en los Estados Unidos por su pareja, padre, familiares de los padres o miembros de familia que vivan en la misma casa (en donde la pareja y/o los padres, miembros familiares que vivan en la misma casa (donde la pareja o pariente consientan que hallan accedido al maltrato o crueldad)?

Sección D: Certificación

YO DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO, BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON VERDADERAS Y CORRECTAS A MI MEJOR CONOCIMIENTO

Firma del Solicitante:

Fecha:

Firma de la persona representando al solicitante:

Fecha

Attachement: Lists A and B



CUESTIONARIO

¿Cómo se enteró de la Asistencia de Servicios Públicos de Community Action Partnership en el condado de Riverside?

- Compañía de Servicios Públicos
- Familia/Amigo

¿El familiar/amigo está empleado por Community Action Partnership del condado de Riverside?

Si No

Si es así, por favor escriba el nombre de la persona a la que tenemos el placer de agradecer por su referencia:

- Cliente Frecuente de Asistencia de Servicios Públicos
- Redes Sociales
- Organización Comunitaria. Por favor indique el nombre _____
- Evento Comunitario. Por favor indique el evento _____
- Iglesia. Por favor indique el nombre _____
- Otro

Si usted está interesado en aplicar o aprender más acerca de los servicios de Climatización, por favor incluya su nombre e información de contacto a continuación.

Nombre: _____

Numero de telefono: _____

Correo electronico: _____



POR FAVOR LEA ANTES DE COMPLETAR LA SIGUIENTE SECCIÓN

- **FORMULARIO INCLUIDO EN EL ALQUILER:** Si el servicio público con el que necesita asistencia está incluido en su alquiler, complete este formulario.
- **CSD-43B CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS:** Si nadie en el hogar tiene ingresos, se requiere el formulario CSD-43B.
- **FORMULARIO CSD 081 AUTORIZACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA:** Este formulario solo es necesario si la factura de electricidad o gas no está a nombre del solicitante.



SERVICIO DE ENERGIA INCLUIDO EN LA RENTA (FORMA)

Estimado propietario/administrador:

El programa LIHEAP (Low Income Home Energy Assistance Program o Programa de Asistencia de Energía para Familias de Bajos Ingresos) provee asistencia con los pagos de gas y electricidad. Debido a cambios en alguno de los procedimientos del programa de LIHEAP, las personas que aplican a este programa deben demostrar que cantidad de los ingresos del hogar esta designada para pagar los costos de energía antes de recibir asistencia. Esta solicitud es en virtud del Acto de Reautorización 1994, correspondiente a la ley pública 97-35 del programa LIHEAP (Low Income Home Energy Assistance Program o Programa de Asistencia de Energía para Familias de Bajos Ingresos) enmendada.

Por lo tanto, conforme a los propósitos de la Ley Federal, los propietarios y gerentes de propiedad deben suministrar, a petición de los solicitantes de LIHEAP, la cantidad (en dólares) correspondientes al gasto de gas y/o electricidad (de acuerdo al contrato de alquiler o arrendamiento).

Si no le es posible determinar el costo actual por unidad, usted puede calcular un precio estimado dividiendo el más reciente costo total de energía incurrido en el recibo de utilidades entre el número total de unidades las cuales reciben el servicio indicado en la factura mencionada. Así mismo, su compañía de servicios de utilidades es una buena fuente de información y podría asistirlo en obtener estos datos.

Sírvase, tanto usted (inquilino), como el propietario o administrador de su apartamento llenar esta forma. Así mismo, favor proveer la copia de su contrato de alquiler o arrendamiento

Agradecemos sinceramente su colaboración.

Fecha: _____

Nombre de la persona que aplica: _____

Domicilio: _____

Importe mensual incluido en la renta para el Gas: \$ _____ Electricidad: \$ _____

Nombre del Propietario/Administrador: _____

Domicilio: _____

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 trabajar en 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)					
		<table border="1"> <tr> <td>COMPENSACION DEL TRABAJO</td> <td>DESEMPLEO</td> <td>PROGRAMA DEL GOBIERNO</td> <td>MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS</td> </tr> </table>	COMPENSACION DEL TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	
COMPENSACION DEL TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS				
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)					
		<table border="1"> <tr> <td>PAGOS DE ANUALIDADES</td> <td>PENSIÓN</td> <td>PAGOS TRIBALES DE CASINO</td> <td>LOS INGRESOS POR ALQUILER</td> <td>BENEFICIOS DE SEGURO</td> </tr> </table>	PAGOS DE ANUALIDADES	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE CASINO	LOS INGRESOS POR ALQUILER	BENEFICIOS DE SEGURO
PAGOS DE ANUALIDADES	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE CASINO	LOS INGRESOS POR ALQUILER	BENEFICIOS DE SEGURO			

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

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 CAP RIVERSIDE
--------------------------------	-------	---

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