

SHARE APPLICATION PACKET

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA APLICAR A LOS PROGRAMAS DE UTILIDADES

(800) 999-5584 (951) 955-6448 (951) 955-6478

- **RECIBO RECIENTE DE GAS** (mostrando 22 días o mas de uso)
- **RECIBO RECIENTE DE ELECTRICIDAD** (mostrando 22 días o mas de uso)
- **COPIAS DE NOTAS DE DESCONEXION Y/O NOTAS DE URGENCIA**
- **INGRESOS de *TODOS* los miembros de su hogar** (cubriendo las ultimas 4-semanas)
 - Talones de Pago
 - Copia impresa computarizada de la oficina de Administración del Seguro Social (SSI-SSA)
 - Beneficios de Desempleo
 - Copia reciente de la Nota de Acción o carta de beneficio de TANF (Ayuda Temporal para Familias Necesitadas)
 - Recibos de sustento de hijos
 - Manutención / sustento - cónyuge
 - Documentos de Seguro de Deshabilitado
 - Prueba de ingresos de los pagos en efectivo
 - Cuenta de Banco que enseña deposito directo de Ingresos del seguro o del condado)
- **TARJETA DE IDENTIFICACION O LICENCIA VIGENTE**
- **SOCIAL SECURITY CARD**
- **PRUEBA DE CIUDADANIA** (uno de los siguientes documentos)
 - Acta de Nacimiento en los EE.UU.,
 - Pasaporte de los EE.UU. - vigente
 - Forma militar DD2-14
 - Identificación Militar
 - Tarjeta de Beneficios de Veterano
 - Partida de Nacimiento de hijo nacido en los EE.UU. (indicando el lugar de nacimiento de los padres)
 - Licencia de Matrimonio (indicando lugar de nacimiento de persona que aplica)
 - Partida de Bautizo (indicando lugar de nacimiento del persona que aplica)
 - Prueba de Residencia (Mica vigente)



PARA PODER ASISTIRLO, ESTOS DOCUMENTOS SON NECESARIOS PAR ASISTENCIA PARA ENERGIA. GRACIAS

Intake Application

I. Información Basica	Apellido del Candidato _____ Primer Nombre _____ Inicial _____		- -	()	
	Dirección del Candidato: _____		Ciudad: _____ Riverside	Estado: _____ CA	
	Número de cuenta de la compañía de servicio: _____		Número total de personas viviendo en el hogar incluyendo la persona que aplica: _____ <input type="checkbox"/>	1. De 0 – 5 años de edad _____	2. De 6 – 18 años de edad _____
	Cuenta de servicio a nombre de: _____			3. De 60 años o mas _____	4. Deshabilitado _____
			5. Trabajador Estacional Migratorio _____	6. Indígena _____	
			7. Americano _____		
II. Verificación de Ingresos	NOTE: REFÍERASE A INSTRUCCIONES PARA INFORMACIÓN EN INGRESOS QUE NO SERÁN CONSIDERADOS EN DETERMINACIÓN DEL INGRESO TOTAL DE UN(1) MES:				
	Tipo de Ingreso (Por favor indique a continuación a través de un círculo la categoría que mas aplica)			Ingresos	
	1. Talones de Pago (Salario bruto, jornales, fondos de aprendizaje, é ingresos netos de negocio independiente)			\$ _____	
	2. Asistencia Pública – Cal Works - TANF (AFDC)			\$ _____	
	3. Beneficios del Seguro Social (SSI/SSP o SSA) (En caso de que los dos beneficios sean otorgados, favor sumar las dos cantidades)			\$ _____	
	4. Pensiones (Beneficios de Retiro, Beneficios de Seguro, Seguro de Deshabilitado, Seguro de Incapacitación)			\$ _____	
5. Especifique cualquier otro ingreso (Manutención conyugal o de hijos, Cuenta de ahorros, Inversiones, Intereses, Subvención de Cuidado Adoptivo, Ayuda de Estudiante / Ayuda Financiera, Seguro de Desempleo)			\$ _____		
TOTAL:			\$ _____		
III. Firma del Candidato	<p>1. A través de este documento autorizo a: "Community Action Partnership Riverside County" a:</p> <p>a. Examinar todo empleo, ingreso, servicio de utilidades, gas, y otros archivos pertinentes a mi solicitud de asistencia</p> <p>b. Hacer el pago directo a mi proveedor de energía, de ser aplicable.</p> <p>2. Por este medio autorizo al proveedor de combustible de utilidad para liberar la información en cuanto a mi pasado y futuro de cuentas, a las agencias llamadas en el artículo 1 de esta sección.</p> <p>3. Yo, certifico que temporalmente me encuentro incapaz de pagar mi cuenta(s) de energía(s)</p> <p>Yo, certifico bajo pena del perjurio que toda la información aquí es verdadera y correcta conforme a mis conocimientos y que he leído la Notificación Privada (Privacy Notification).</p>				
	_____	_____	_____		
	Firma del Candidato	Fecha	Firma de Testigo de ser aplicable		
Por favor no escriba debajo de esta línea					
IV. Energy Needs Verification	AGENCY USE ONLY				
	Deposit Notice: _____ (Monto de deposito)	Delinquent Bill: _____ (Monto del recibo retrazado)	Water Bill: _____ (Monto del agua)		
Current Payment: _____ (Monto actual del recibo)	Current Payment: _____ (Monto actual del recibo)	Current Payment: _____ (Monto actual del recibo)			
V. Energy Needs Verification	PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA				
	Deposit Notice: (Monto de Deposito) _____		Delinquent Bill: (Monto del recibo retrazado) _____		
Current Payment: (Monto actual del recibo) _____		Current Payment: (Monto actual del recibo) _____			
VI. Agency Approval	_____		_____		
	Intake Worker's Signature		Date Eligibility Documents Rec'd		

Favor devuelva la aplicacion completa y copias de los documentos requeridos a::

Community Action Partnership of Riverside County
P.O. Box 5760
Riverside, CA 92517-5760
Attn: SHARE Program



Sharing Households Assist Riverside Energy

S.H.A.R.E.

NOTIFICACION PRIVADA

De acuerdo con El Acto de Prácticas de Información de 1977 y el Acto Federal de Privacidad de 1974, la notificación que se detalla a continuación se proporciona a todas aquellas personas que aplican para asistencia de beneficios de energía pública a través de la agencia local mencionada en la parte reversa de esta aplicación.

La Ciudad de Riverside y sus Servicios Públicos así como el Programa de Share (Familias Compartiendo el Fondo de Ayuda para la Energía en Riverside), requiere que la persona que aplica provea con su nombre, domicilio, número de tarjeta de seguro social é ingreso mensual ó anual a la agencia local para poder determinar su elegibilidad para recibir beneficios de asistencia de energía. Si falla en proporcionar todo ó parte de la información requerida prevendrá la finalización del proceso de aplicación.

La información proporcionada por la persona que aplica será utilizada solamente para poder determinar elegibilidad para recibir los servicios de asistencia de energía que otorga la agencia local de acuerdo con subvenciones publicadas por “Riverside Public Utilities” ó Compañía de Servicios Públicos de Riverside.

Toda información personal que provea la persona que aplica en el lado reverso de esta página será mantenida por la agencia local. La agencia local puede compartir la información de la aplicación solo con otras agencias que administran los programas DOE / Liheap, El Departamento del Estado de California: “Department of Community Service and Development (CSD)” ó el Departamento de Energía.

La persona que aplica tiene el derecho de acceso a los archivos que contengan su información personal que se mantiene en la agencia local. Si la persona que aplica requiere información adicional relacionada al mantenimiento de su información personal, puede comunicarse con la agencia en:

Community Action Partnership of Riverside County
2038 Iowa Avenue, Suite B-102
P.O. Box 5760
Riverside, CA 92517-5760
(951) 955-4900 or (800)511-1110
(951) 955-5126 – TTY
(951) 955-6506 – Fax