

Department of Community Services and Development

Energy Intake Form

CSD 43 (11/2015)

Official Use Only:	
Priority Points	
A.C.C.	
Eligibility Cert Date	
Job Control Code	

Agency: 019 Intake Initials: Intake Date:

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento MM/DD/YY
Domicilio Postal			Número de Unidad
Ciudad (de su domicilio postal)	Condado	Estado	Código Postal
Domicilio De Servicio-Domicilio donde vive el aplicante (No use Apartado Postal - P.O. Box)			
Es igual que la domicilio postal?.....			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Han vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio de servicio			Número de Unidad
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Número de Seguro Social (SSN):		Número de Teléfono: ()	<input type="checkbox"/> Mensaje Only?
Correo electrónico (opcional):			

<p>PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR Escriba el número de personas que viven en su hogar , incluyendo al solicitante →</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	<p>INGRESOS Escriba el número de personas en el hogar que reciben ingresos→</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>																
<p><i>Introduce el número de personas que son :</i></p>																	
De 2 años o menores																	
De 3 años a 5 años																	
De 6 años a 18 años																	
De 19 años a 59 años																	
De 60 años o mayores																	
Incapacitados																	
Americanos Nativos																	
Campeños Temporales/Migratorios																	
<p><i>Escriba el total del ingreso mensual, en bruto, de todas las personas que viven en su hogar:</i></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>TANF</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>SSI / SSP</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>SSA / SSDI</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Sueldo(s)</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Interés</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Pensión</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Otros Ingresos</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Ingresos Total</td> <td>\$</td> </tr> </table>		TANF	\$	SSI / SSP	\$	SSA / SSDI	\$	Sueldo(s)	\$	Interés	\$	Pensión	\$	Otros Ingresos	\$	Ingresos Total	\$
TANF	\$																
SSI / SSP	\$																
SSA / SSDI	\$																
Sueldo(s)	\$																
Interés	\$																
Pensión	\$																
Otros Ingresos	\$																
Ingresos Total	\$																

MIEMBROS DEL HOGAR (Opcional)
NOMBRE COMPLETO: Su nombre completo es Nombre, Apellido.
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE: POR ejemplo: marido, hija, amiga, tía, abuelo, etc.
FECHA DE NACIMIENTO: ANOTE la fecha de nacimiento de cada miembro del hogar.
CANTIDAD DE INGRESO MENSUAL EN BRUTO: "bruto" ingreso significa la cantidad de dinero recibido antes de impuestos o cualquier otra deducción.
 Si usted tiene más de 8 personas en su hogar, usted puede escribir la información en una hoja de papel separado.

Nombre	Apellido	Parentesco con el Solicitante	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	Cantidad de ingreso mensual	Fuente de ingreso
		sí mismo			

Total de Ingresos Mensuales en Bruto \$

¿Usted o alguien en su casa ACTUALMENTE recibe CalFresh (estampillas de comida)? Sí No

¿A cual factura de energía desea aplicar su beneficio de LIHEAP? (Adjuntar Copia de la Factura o Recibos)
 Gas Natural Electricidad Madera Propano Aceite Combustible Queroseno Otro combustible

Lista compañía de energía y número de cuenta: Nombre de la compañía: _____ Número de cuenta: _____

¿Cuál es el principal combustible que se utiliza para CALENTAR su casa? Una fuente principal de calefacción **DEBE** estar marcada (Adjuntar Copia de la Factura o Recibos)
 Gas Natural Electricidad Madera Propano Aceite Combustible Queroseno Otro combustible

Además de su fuente principal de calefacción, alguna vez utiliza cualquiera de los siguientes para calentar su casa (usted puede seleccionar más de uno): (Adjuntar Copia de la Factura o Recibos)
 Gas Natural Electricidad Madera Propano Aceite Combustible Queroseno Otro combustible N/A

Información de su factura de Energía
 Marque todas las que apliquen para cada tipo de fuente de energía para los gastos de energía del hogar.
 NOTA: Las preguntas siguientes son **OBLIGATORIOS** y requieren una respuesta
 Incluya copias de sus facturas más recientes de energía Y/O recibos (si es aplicable) y adjuntar a esta solicitud

SERVICIO ELÉCTRICO	SERVICIO DE GAS NATURAL	MADERA, PROPANO or SERVICIO DE ACEITE CUMBUSTIBLE (WPO)
¿Son sus utilidades todo eléctrico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está apagada su electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su Compañía de Electricidad el mismo que su Compañía de Gas Natural? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está apagado su Gas Natural? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está usted actualmente sin combustible? (Madera, Propano, Aceite, queroseno, Otro Combustible) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Anote el número aproximado de días hasta que te quedas sin combustible (Madera, Propano, Aceite, queroseno, Otro Combustible). Número de días: _____ <input type="checkbox"/> N/A

¿Está su electricidad incluida en la renta o sub-medidos? Sí No

La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda. Con mi firma doy autorización para que esta información sea compartida con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal, subcontratistas designados por ellos, con la(s) compañía(s), que me ofrece(n) servicio(s) de energía y para que la(s) compañía(s) que me ofrece(n) servicio(s) de energía comparta(n) información con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal con el fin de proporcionar servicios a mí y a coordinar, mejorar y reducir los costes de servicios bajo estos programas. Además autorizo a mi compañía (s) utilidad para proporcionar mis datos de consumo de energía a CSD en la medida necesaria para CSD para cumplir con el programa informando los requisitos del gobierno federal. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor durante tres años a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por mí por escrito. Entiendo que si mi aplicación para beneficios o servicios de LIHEAP/DOE se niega, o si recibo una respuesta retrasada, puedo iniciar una apelación escrita con el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará no mas que 15 días después de que la apelación se solicita. Si yo no estoy satisfecho con la decisión del proveedor de servicios entonces puedo apelar al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD) conforme al Titular 22, Código de California sección 100805. En caso de ser elegible, doy permiso para la instalación de material aislante en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es correcta y verdadera, y que los fondos recibidos serán usados únicamente con el objetivo de pagar mis gastos de consumo de energía.

X			
	*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***	Fecha de hoy	Firma del Testigo (si firmó con una X)

NOMBRE DE LA AGENCIA: Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO: Programa de Ayuda para la Energía del Hogar (HEAP). AUTORIDAD: El código gubernamental, Sección 16367.6 (a) designa a CSD como la agencia responsable de la administración de HEAP. OBJETIVO: La información que proporcione se usará para determinar si usted reúne los requisitos para recibir el pago de LIHEAP, y/o servicios de weatherization. PROPORCIONANDO INFORMACION: La participación en este programa es voluntaria. Si decide solicitar esta ayuda, debe proporcionar toda la información requerida. INFORMACION ADICIONAL: CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas de Ingresos Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la aceptación de una persona en los programas. Durante el trámite de su solicitud, es posible que el subcontratista designado por CSD necesite pedirle información adicional para determinar si se le puede aceptar en estos u otros programas. ACCESO: El subcontratista designado por CSD se quedará con su solicitud, y otra información, si se usó para determinar su elegibilidad. Usted tiene derecho de acceso a todos los expedientes que contengan información sobre usted. CSD no discrimina en los servicios que ofrece debido a raza, religión, credo, color, origen de nacionalidad, incapacidad física, incapacidad mental, condición médica, estado marital, sexo, edad, o orientación sexual.

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

Utility Assistance being provided under which program → HEAP Fast Track HEAP WPO ECIP WPO
 Supplement \$ _____ Total Benefit \$ _____ Home referred for WX Home already weatherized

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

Type of Dwelling: MFD – Owner, 2 - 4 units Mobile Home – Owner Shelter: # of units _____ Unoccupied MFD: 2 – 4 units
 SFD – Owner, 1 unit MFD – Rental, 2 - 4 units Mobile Home - Rental Total # of residents: _____ Unoccupied MFD: > 5 units
 SFD – Rental, 1 unit MFD – Owner, 5 or more units MFD – Rental, 5 or more units

Total Energy Cost: \$ _____ **Energy Burden:** _____ %

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