

Department of Community Services and Development

Energy Intake Form

CSD 43 (10/2017)

Solo para uso oficial	
Priority Points	
A.C.C.	
Eligibility Cert Date	

Agency:	Intake Initials:	Intake Date:	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento MM/DD/YY
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 corridos? <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 telefónico ()	
Correo Electronico:			

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	
<i>Datos demográficos: Ingrese la cantidad de personas en el hogar que son:</i>		<i>Indique e el ingreso mensual bruto total de todas las personas que viven en el hogar:</i>	
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	\$

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	Fecha de nacimiento MM/DD/YY	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 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 descritos 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 a 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.

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: Sí No Disconnection of Energy Services Prevented: Sí No

Home Referred for WX: Home Already Weatherized: