



Reparaciones de Hogar Aplicación 2022

Entregue los siguientes documentos con su aplicación para climatización:



→ Factura de Gas/Electricidad

Aceptable (factura debe tener cargos mensuales actuales):

- PG&E (Todas las páginas)
- The Gas Company
- Southern Cal Edison Recibo de Propano, Leña, o Aceite
- Factura de renta si los cobros de electricidad y gas son incluidos en su renta



Incluya lo siguiente:

- Registro de propiedad para casa móvil
- Inquilino y dueño de propiedad: Forma de Homeowner/Landlord Acceptance of Services
- Forma CSD 515A & 515B Energy Service Agreement completa
- Forma de Demografía completa
- Forma CSD 081 Consent Authorization Form (solamente si el nombre en la cuenta es diferente al aplicante)

* Incluya copias solamente. **No envíe sus originales por correo.**

** Si esta buscando asistencia con su factura de gas/electricidad, por favor este cosiente que le puedan pedir documentos adicionales.



→ Identificación de California

(para aplicante y todos sobre la edad 60+):

- California DL/ID o otra US ID



→ Tarjeta de Seguro Social Aplicante



→ Verificación de Ingresos de cada miembro

(Reflejar los Ingresos recibidos por mensualidad. Los documentos deben tener la fecha dentro de las últimas seis semanas)

- Los talones de cheques (semanas consecutivas)
- Comprobante de desempleo EDD o impresiones del historial de pagos y detalles en línea
- Beneficios de Incapacidad (semanas consecutivas)
- Carta de beneficios actuales de SSA/SSI/SSP del 2022 o extracto bancario actual (con todas las páginas en que se vean reflejados los depósitos de beneficios)
- Beneficios de Pensión (talones de cheques o estado de cuenta anual 2022)
- Reporte de CalWIN/Income Grant Verification Reporte de Asistencia Pública y Estampillas
- Verificación de Manutención de Menores
- Empresarios: 1040 Incluyendo Schedule C o Incluye Su Diario de Ventas del Mes Corriente
- Verificación de la Asistencia de Becas o el Horario de Clases (si estudiante tiene 18 años o más)

¿Sin Ingreso? Si Algún Adulto se Declara Sin Ingreso, Otros Documentos serán Requeridos. (por favor contacte nuestra oficina antes de entregar aplicación)

Por favor complete la solicitud adjunta y volver con la información requerida anteriormente.

¿Preguntas? Llame: **(559) 263-1588**

Lunes a Viernes, 9:00am - 4:30pm

Envíe la aplicación y las copias de los documentos



por correo a:

1900 Mariposa Mall, Suite 260
Fresno, CA 93721



por fax a:

(559) 263-1585



por correo electrónico a:

weatherization@fresnoeoc.org

Nota: NO envíe copias de su documento de identidad o tarjeta de seguro social por correo electrónico

Department of Community Services and Development
Energy Intake Form
CSD 43 (1/2022)

Por favor use tinta azul or negra

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|
| SOLO PARA USO DE OFICINA | | | | | | | | | |
| UA: <input type="checkbox"/> HEAP <input type="checkbox"/> Fast Track _____ <input type="checkbox"/> HEAP WPO <input type="checkbox"/> ECIP WPO | | | | | Priority Points: | | | | |
| A.C.C. _____ | | | | | Data Entry Date: | | | | |
| | | | | | Staff Initials: | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|---------------------------|--|--|
| Agency: Fresno EOC | | Intake Initials: | | Intake Date: | | Eligibility Cert Date: | | | |
| Primer Nombre | | | Inicial de medio | Apellido | | | Fecha de nacimiento | | |
| | | | | | | | M M D D A A | | |
| Domicilio de servicio | | | | | | Numero de unidad | | | |
| Ciudad de servicio | | | Condado de servicio | | Estado de servicio | | Código postal de servicio | | |
| | | | Fresno County | | CA | | | | |
| ¿Ha vivido en esta residencia (domicilio de servicio) durante cada de uno de los pasados 12 meses?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | |
| Domicilio de correspondencia <input type="checkbox"/> Marque si es el mismo que el domicilio de servicio | | | | | | Numero de unidad | | | |
| Ciudad de correspondencia | | | Condado de correspondencia | | Estado | | Código postal | | |
| | | | | | | | | | |
| Número de seguro social (SSN): | | | | Número Telefónico () | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | Número Alternativo () | | | |
| | | | | | | | | | |

| |
|--|
| FACTURA DE PAGO |
| ¿A que factura de energía (ELIJA SOLO UNA) quiere que el beneficio de LIHEAP se aplique? (propvea la factura más reciente) |
| <input type="checkbox"/> Electricidad (PG&E/Edison) <input type="checkbox"/> Gas Natural (SoCalGas) |
| <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite Combustible <input type="checkbox"/> Querosén |
| Nombre de la compañía de energía que quiere que se pague: |
| Número de cuenta de energía: |
| Nombre del cliente como aparece en la factura: |
| ¿Es usted el cuentahabiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si no, complete forma CSD 081</i> |
| ¿Son todos sus servicios eléctricos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si no, propvea factura de gas</i> |
| ¿Está apagado su servicio de energía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene un aviso de cuenta atrasada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha recibido servicios para ahorrar energía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Necesita servicio para alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Calefactor <input type="checkbox"/> Aire Acondicionado (A/C) <input type="checkbox"/> Calentador de Agua |

| |
|--|
| CUESTIONARIO |
| 1. ¿Cómo se enteró sobre este programa de asistencia de energía? <input type="checkbox"/> PG&E <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| 2. ¿Usted <input type="checkbox"/> renta o <input type="checkbox"/> es dueño de su casa? |
| 3. Tipo de Familia: Escoja una <input type="checkbox"/> Un Padre/Femenina <input type="checkbox"/> Hogar de dos Padres <input type="checkbox"/> Persona Soltera <input type="checkbox"/> Un Padre/Masculino <input type="checkbox"/> Dos Adultos – Sin Hijos <input type="checkbox"/> Otro |
| 4. ¿Usted o alguien en su casa están recibiendo ACTUALMENTE CalFresh (estampillas)? <input type="checkbox"/> Sí (Adjunte documento) <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Recibe asistencia de renta (Section 8, HUD, u otro programa de asistencia de renta)? <input type="checkbox"/> Sí (Adjunte documento) <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Usted o alguien en su hogar es un empleado de Fresno EOC, miembro de la directiva de Fresno EOC, o pariente de tales personas? <input type="checkbox"/> Sí (un formulario de conflicto de interés se requiere) <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Su hogar ha sido afectado por COVID? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿cómo? <input type="checkbox"/> Médicamente <input type="checkbox"/> Económicamente <input type="checkbox"/> Empleo |
| 8. Por favor anote <u>cuantos</u> miembros de su hogar son: a. ¿Campesinos? _____ b. ¿Campesinos inmigrantes temporales? _____ c. ¿Veteranos? _____ d. ¿Militares activos? _____ |

| MIEMBROS DEL HOGAR: Anote la información para Todos los miembros del hogar a continuación: | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|----------------------|--------------------|--|-----------------------------------|
| Primer nombre y apellido | Relación al solicitante (esposa, hijo, amigo, etc) | Fecha de Nacimiento MM/DD/AA | Genero Masc/Fem | Discapacitados Sí/No | Raza / Etnicidad ★ | Fuente de Ingreso (SSI, SSA, TANF, UIB, Talón de cheque, etc.) | Cantidad Ingreso Mensual en Bruto |
| 1 | Yo mismo | | M / F | S / N | | | |
| 2 | | | M / F | S / N | | | |
| 3 | | | M / F | S / N | | | |
| 4 | | | M / F | S / N | | | |
| 5 | | | M / F | S / N | | | |
| 6 | | | M / F | S / N | | | |
| 7 | | | M / F | S / N | | | |
| 8 | | | M / F | S / N | | | |
| Número total de personas viviendo en el hogar. → | | TOTAL DE INGRESO MENSUAL EN BRUTO EN EL HOGAR | | | | | \$ |

★ a. Indio Americano o Nativo de Alaska b. Asiático c. Negro o Afroamericano d. Nativo de Hawái o de Islas Pacificas e. Blanco f. Múltiple raza g. Hispano h. Otro i. No revelado

| |
|--|
| INFORMACIÓN DE ENERGÍA |
| Las siguientes preguntas son OBLIGATORIAS . Por favor marque todas las fuentes de energía que se usan para calentar su casa. Una copia de todos los cobros y/o recibos de energía recientes de todo el costo de energía del hogar tienen que proporcionarse. NOTA: Una copia del cobro de electricidad debe incluirse, aunque no use electricidad para calentar su casa. |
| ¿Cuál es el combustible principal usado para CALENTAR su casa? UNA fuente de calefacción principal TIENE que marcarse. <input type="checkbox"/> Gas Natural (PG&E/SoCalGas) <input type="checkbox"/> Electricidad (PG&E/Edison) <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite Combustible <input type="checkbox"/> Querosén <input type="checkbox"/> Otro Combustible |
| Además de su fuente de calefacción principal, ¿usa alguna de las siguientes para calentar su casa? (puede elegir más de una): <input type="checkbox"/> Gas Natural (PG&E/SoCalGas) <input type="checkbox"/> Electricidad (PG&E/Edison) <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite Combustible <input type="checkbox"/> Querosén <input type="checkbox"/> Otro Combustible <input type="checkbox"/> N/A (Todo Eléctrico) |
| Gas Natural ¿Su Compañía de Gas Natural es la misma que su Compañía de Electricidad (PG&E)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si no, por favor provea su factura de gas más reciente.</i> ¿Es usted el cuentahabiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si no, complete el formulario CSD 081</i> |
| SERVICIO DE LEÑA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO) ¿Está sin combustible en estos momentos? (Leña, Propano, Aceite, Querosén, Otros Combustible) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A (Todo Eléctrico o tiene Gas Natural) Anote cuántos días aproximadamente hasta que se le acabe el combustible (Leña, Propano, Aceite, Querosén, Otro Combustible). Número de días: _____ <input type="checkbox"/> N/A |
| ¿Están incluidos sus servicios en su renta o submedidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, provea su cobro/formulario del dueño.</i> |

La información en esta solicitud se usará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar abajo, doy mi consentimiento (premis) a CSD, sus contratistas, consultantes, otras agencias federales o estatales (Socios de CSD) y a mi compañía de servicios públicos y sus contratistas, para compartir información sobre mi cuenta de servicios públicos del hogar, el consumo energético y/u otra información necesaria para proveerme servicios y beneficios como se describe al calce de este formulario. Mi consentimiento abarcará el periodo iniciando 24 meses previos a la fecha de la firma y continuarán por 36 meses después de la misma. Entiendo que si mi solicitud para beneficios o servicios de LIHEAP/DOE se me niegan, o si recibo una respuesta inoportuna o desempeño insatisfactorio, yo puedo anteponer una apelación por escrito con mi proveedor de servicios local y mi apelación será revisada a más tardar 15 días después de que mi apelación se reciba. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor de servicios local, entonces puedo apelar al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo conforme al Título 22, de Código de Reglamentos de California sección 100805. Si corresponde, por el presente autorizo la instalación de medidas de climatización a residencia sin costo alguno a mi. Yo declaro, bajo a pena de perjurio, que la información en esta solicitud es verdadera y cierta, y que los fondos recibidos se usarán para el único propósito de pagar mis costos de energía.

| | | |
|--------------------------------------|--|--------------|
| X | | |
| *** FIRMA DEL SOLICITANTE *** | | Fecha de Hoy |

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE POR MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia de Energía en el Hogar (HEAP). AUTORIDAD: Código de Gobierno Sección 16367.6 (a) Nombra a CSD como la agencia responsable por administración de HEAP. PROPÓSITO: La información que usted proveerá se usará para decidir si usted es elegible para pagos de LIHEAP y/o servicios de climatización. PROPORCIONAR INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si usted decide solicitar asistencia, tiene que dar toda la información requerida. OTRA INFORMACIÓN: CSD usa definiciones de estadísticas de la actualización anual del Ingreso Medio Estatal, Departamento de Salud y Servicios Humanos y Guías de Pobreza de Ingreso Federales, para determinar elegibilidad al programa. Durante el trámite de solicitud, el subcontratista designado de CSD puede necesitar pedirle más información para decidir su elegibilidad a cualquier o ambos programas. ACCESO: el subcontratista designado de CSD se quedará con su solicitud completada y otra información, si se obtuvo, para determinar su elegibilidad. Usted tiene derecho al acceso de todos los records que contengan información sobre usted. CSD no discrimina en la provisión de servicios en base a raza, religión, color, nacionalidad, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

| | |
|--|--------|
| Confirmación de Recibo | |
| Yo he recibido la siguiente información: | |
| <input type="checkbox"/> Educación de Energía – Información sobre cambios que se pueden hacer para reducir el consumo de energía en el hogar. | |
| <input type="checkbox"/> Consejería de Presupuesto – Información sobre manejo de finanzas personales. | |
| Firma de quien Recibe (No firme hasta que haya recibido los formularios): | Fecha: |

| | |
|--|--------------|
| SOLICITANTE: NO LLENE LA INFORMACIÓN DE ABAJO. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO DE OFICINA. | |
| For Official Use Only - Mail Option: I certify that I have mailed the following forms: <input type="checkbox"/> Energy Education form and <input type="checkbox"/> Budget Counseling form | |
| Signature (LIHEAP Representative): | Date Mailed: |
| Utility Assistance being provided under which program → <input type="checkbox"/> HEAP <input type="checkbox"/> Fast Track <input type="checkbox"/> HEAP WPO <input type="checkbox"/> ECIP WPO | |
| Benefit \$ _____ Supplement \$ _____ Total Benefit \$ _____ | |
| Fast Track only: Energy Services Restored after disconnection: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Disconnection of Energy Services prevented: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| Total Energy Cost \$ _____ Energy Burden _____% Home Referred for WX: <input type="checkbox"/> Home Already Weatherized: <input type="checkbox"/> | |
| Weatherization Assistance being provided under which program → <input type="checkbox"/> LIHEAP <input type="checkbox"/> DOE <input type="checkbox"/> ECIP WX | |

Demográficos de hogar

(Referencia a la página siguiente para contestar las preguntas)

Tipo de Calentador:

Tipo de Combustible:

Gas Eléctrica Propano

Ubicación:

Primaria Funciona 2nd Unidad Funciona
 Primaria *No Funciona* 2nd Unidad *No Funciona*

Tipo de Calentón de Agua:

Tipo de Combustible:

Gas Eléctrica Propano

Ubicación:

Primaria Funciona 2nd Unidad Funciona
 Primaria *No Funciona* 2nd Unidad *No Funciona*

Tipo de Aire Frío:

Ubicación:

Primaria Funciona 2nd Unidad Funciona
 Primaria *No Funciona* 2nd Unidad *No Funciona*

Tipo de Ventana:

Un Solo Panel Doble Panel

Sistema de Ductos Existe:

Sí No

Tipo de Cocina (Estufa):

Gas (fuego) Eléctrica (rojo cuando está caliente)
 Funciona *No Funciona*

Refrigerator:

Primaria Funciona 2nd Unidad Funciona
 Primaria *No Funciona* 2nd Unidad *No Funciona*

¿Tiene una preferencia de disponibilidad * para llamadas o citas?

Mañana Tarde
 Otro: _____

**Esto no es una garantía para los tiempos de contacto; intentamos mejor para acomodar.*

Tenga en cuenta que algunos trabajos pueden requerir que nuestra oficina obtenga un permiso con la ciudad/condado. Si su casa tiene estructuras no permitidas o el registro de la casa móvil está desactualizado, estos podrían impedirnos ofrecer servicio a toda la casa.

La siguiente información se utiliza para informar sobre los hogares a los que servimos y compartimos nuestra fuente de financiamiento solamente. Por favor, responda.



Educación (cada adulto):

___ 0 - 8 Educación Básica
___ 9 - 12/Primaria - No Completa
___ GED/ Primaria Completa
___ Universidad (Pregrado)
___ Posgrado/Profesional
___ No Declaro

Medical Insurance (per adult):

___ Medicaid (Medi-Cal)
___ Medicare
___ Privado
___ Patrocinado por el empleador
___ Nada
___ No Declaro

Unidad Empaquetada

(2 in 1 Heating and Cooling)

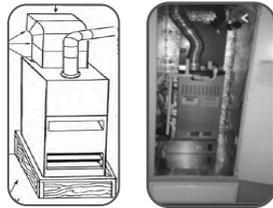


Dual Pack/HVAC/ Central

Ubicación:
Techo/Piso

Tipo de Combustible:
Eléctrica/Gas Natural/Propano

Calefacción de Toda la Casa



Forced Air Furnace (FAU)

Ubicación:
Closet/Sótano/Ático

Tipo de Combustible:
Gas Natural/Propano



Sistema de Aire Hidro

Ubicación:
Conectado con calentador de agua

Tipo de Combustible:
Eléctrica/Gas Natural/Propano

Aire Frío de Toda la Casa



Evaporative Cooler (usa agua)

Ubicación:
Techo/Piso

Tipo de Combustible:
Eléctrica



Sistema Mini Split

Ubicación:
Cuartos

Tipo de Combustible:
Eléctrica



AC Condenser

Ubicación:
Cuartos

Tipo de Combustible:
Eléctrica

Aire Frío de Cuartos



Ventana AC/Swamp Cooler (usa agua)

Ubicación:
Ventana/En la Pared



Ventiladores

Ubicación:
Cuartos o Cocina

Calefacción de Cuartos



Calentador de Pared

Ubicación:
Pasillo/Sala/Cuartos
Tipo de Combustible:
Eléctrica/Gas Natural/Propano



Calentón de Piso



Estufa de Leña



Chimeneas

Ubicación:
Pasillo/Sala/Cuartos
Tipo de Combustible:
Eléctrica/Gas Natural/Propano/Lena



Calentadores Pequeño

Calentón de Agua (Boilers)



Gas Natural / Propano



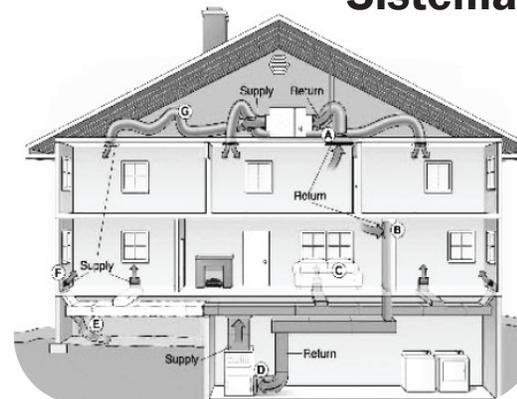
No Tanque

Ubicación:
Cuartos, Sala, Cocina, Garaje, Bano, Ático, Sótano



Eléctrica

Sistema de Ductos



Ubicación:
Más de una Ventilación de Techo o Piso