



## **APLICACIÓN 2020 - INSTRUCCIONES**

El programa de LIHEAP proporciona un pago por año para ayuda con **Luz, Gas, Leña, Propano, o Aceite** para hogares elegibles.

**Por favor complete la solicitud adjunta y provea la información siguiente.**

### **FACTURA DE ENERGIA (reciente con cargos)**

**Incluye TODAS las facturas actuales siguientes:**

**FACTURA DE ELECTRICIDAD**

**PG&E – Factura regular actual (todas páginas) se REQUIERE con todas aplicaciones.** También puede incluir cualquier aviso siguiente:

- Aviso de 48 horas (Incluye factura regular, todas páginas)
- Aviso de 15 días (Incluye factura regular, todas páginas)

Desconectada- LIHEAP verificará (Incluye factura actual, todas páginas)

**Southern California Edison** - factura actual (todas páginas)

**GAS NATURAL** - SoCalGas factura actual incluye factura eléctrica

**PROPANO, LEÑA, o ACEITE COMBUSTIBLE:**

Provea último recibo (Incluye factura regular, todas páginas)

**Facturas que no se aceptan:**

- Factura separada/Incompleta
- Cuenta cerrada
- Crédito en las cuenta
- Cuenta pasada
- Factura con deposito
- Cero cargos
- Menos de 22 días de facturación

### **INGRESOS DEL HOGAR (actual, ultimas 6 semanas)**

**TODOS los ingresos por un mes completo:**

- Los talones de cheques (recientes, un mes completo)
- Ayuda del gobierno (mes actual, incluye todos nombres en caso)
- Beneficios de seguro social (año 2020)
- SSI – Ingreso de seguro suplementario (año 2020)
- Pensión (mes actual, no se acepta deposito del banco)
- Beneficios de incapacidad (actual, un mes completo)
- Apoyo de niño o cónyuge (actual, un mes completo)
- Ayuda de estudiante (colegio, año actual)
- Beneficios de desempleo - EDD (actual, un mes completo) los talones de cheques o imprimidos
- Propio negocio: diario de un mes con recibos, forma de impuestos 1040, pérdidas y ganancias, y tarjeta de negocio
- ¿Ningún ingreso?** Si algún adulto declara ningún ingreso, otros documentos serán requeridos. (formulario CSD43B) -cero ingreso de EDD-estampillas-ayuda de alquiler

### **TARJETA DE SEGURO SOCIAL**

- Tarjeta de seguro social, **TODOS adultos** 18 y mayor  
- El seguro social y la identificación tiene que ser igual

### **IDENTIFICACION**

- ID valido de California o Estados Unidos con nombre legal  
- ID del solicitante y personas de 60 años y mayor

### **DOCUMENTOS ADICIONALES (si es aplicable)**

- Estampillas:** (mes actual) reporte del Condado de Fresno; incluya todos los nombres en su caso.
- Vivienda de bajos ingresos:** (mes actual) Sección 8, HUD, u otro asistencia de alquiler
- ¿La factura no está en su nombre?** El titular de la cuenta debe completar el Formulario de Consentimiento y Autorización (CSD Form 081)

**Nuestra oficina está cerrada al público hasta nuevo aviso.**

**Por favor envíe su solicitud por correo a:**

**1371 Stanislaus Street  
Fresno CA 93706**

**llamadas telefónicas lunes a viernes 8:30 am – 5:00 pm (559) 263-8300**

**Department of Community Services and Development**

Energy Intake Form

CSD 43 (1/2019)

*Por favor use tinta azul or negra*

UA: <input type="checkbox"/> HEAP <input type="checkbox"/> Fast Track _____ <input type="checkbox"/> HEAP WPO <input type="checkbox"/> ECIP WPO
A.C.C. _____ Priority Points: _____
Data Entry Date: _____ Staff Initials: _____

Agency: <b>Fresno EOC</b>		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						Número de unidad	
Ciudad de servicio		Condado de servicio		Estado de servicio		Código postal de servicio	
		<b>Fresno County</b>		<b>CA</b>			
¿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						Número 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)

Electricidad (PG&E/Edison)  Gas Natural (SoCalGas)

Leña  Propano  Aceite Combustible  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?  Sí  No *Si no, complete forma CSD 081*

¿Son todos sus servicios eléctricos?  Sí  No *Si no, propvea factura de gas*

¿Está apagado su servicio de energía?  Sí  No

¿Tiene un aviso de cuenta atrasada?  Sí  No

**CUESTIONARIO**

1. Tipo de Familia: Escoja una  
 Un Padre/Femenina  Hogar de dos Padres  Persona Soltera  
 Un Padre/Masculino  Dos Adultos – Sin Hijos  Otro

2. ¿Cómo se enteró sobre este programa de asistencia de energía?  
 (PG&E, radio, televisión, amistad, familia, etc.):

3. Usted  renta o  es dueño de su casa?

4. ¿Su casa se ha climatizado por Fresno EOC?  Sí  No  
 Si no, esta solicitud se referirá a Fresno EOC-Weatherization (climatización).

5. ¿Recibe asistencia de renta (Section 8, HUD, u otro programa de asistencia de renta)?  Sí (Adjunte documento)  No

6. ¿Usted o alguien en su casa están recibiendo ACTUALMENTE CalFresh (estampillas)?  Sí (Adjunte documento)  No

7. ¿Usted o alguien en su hogar es un empleado de Fresno EOC, miembro de la directiva de Fresno EOC, o pariente de tales personas?  
 Sí (un formulario de conflicto de interés se requiere)  No

8. Por favor anote cuantos 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.)	Edad	Genero Masc/Fem	Discapacitados Si/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. → <input type="text"/>	<b>TOTAL DE INGRESO MENSUAL EN BRUTO EN EL HOGAR</b> \$ <input type="text"/>
---	--

★ 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.  
 Electricidad (PG&E/Edison)  Gas Natural (SoCalGas)  Leña  Propano  Aceite Combustible  Querosén  Otro Combustible

**Además de su fuente de calefacción principal, ¿usa alguna de las siguientes para calentar su casa? (puede elegir más de una):**  
 Electricidad (PG&E/Edison)  Gas Natural (PG&E/SoCalGas)  Leña  Propano  Aceite Combustible  Querosén  Otro Combustible  
 N/A (Todo Eléctrico)

**Gas Natural**  
**¿Su Compañía de Gas Natural es la misma que su Compañía de Electricidad (PG&E)?**  Sí  No *Si no, por favor provea su factura de gas más reciente.* **¿Es usted el cuentahabiente?**  Sí  No *Si no, complete el formulario CSD 081*

**SERVICIO DE LEÑA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)**  
**¿Está sin combustible en estos momentos?** (Leña, Propano, Aceite, Querosén, Otros Combustible)  Sí  No  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: \_\_\_\_\_  N/A

**¿Están incluidos sus servicios en su renta o submedidos?**  Sí  No *Si es sí, provea su cobro/formulario del dueño.*

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.

<b>X</b>		
	<b>*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***</b>	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:

**Educación de Energía** – Información sobre cambios que se pueden hacer para reducir el consumo de energía en el hogar.

**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:  Energy Education form and  Budget Counseling form

Signature (LIHEAP Representative):	Date Mailed:
------------------------------------	--------------

Utility Assistance being provided under which program →  HEAP  Fast Track  HEAP WPO  ECIP WPO

Benefit \$ \_\_\_\_\_ Supplement \$ \_\_\_\_\_ Total Benefit \$ \_\_\_\_\_ Total Energy Cost \$ \_\_\_\_\_ Energy Burden \_\_\_\_\_ %

Fast Track only: Energy Services Restored after disconnection:  Yes  No Disconnection of Energy Services prevented:  Yes  No

Home Referred for WX:  Home Already Weatherized:   Medically Needy  Frail Elderly  Severe Financial Hardship  Hard to Reach