



El Programa de **Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)** provee un beneficio de asistencia en facturas de energía una vez por año para hogares de bajos ingresos en los condados de Monterey, Santa Cruz y San Mateo. Hogares con avisos de desconexión podrían recibir asistencia de emergencia. Por favor complete ambos lados de este formulario para ser considerado para recibir asistencia.

Debido a fondos limitados y una alta demanda para LIHEAP, un PLAN PRIORITARIO está vigente. Hogares elegibles podrían ser negados

| | | | | | |
|---|--|---------------------|-------------------|--|---|
| Nombre: | | Inicial: | | Apellido: | |
| Domicilio Postal: | | | Numero de Unidad: | | ¿Es dueño o alquila su vivienda? <input type="radio"/> Dueño <input type="radio"/> Alquilo |
| Ciudad: | | Condado: | | Estado: | |
| | | | | Código Postal: | |
| Domicilio De Servicio (donde vive el aplicante): <input type="radio"/> Mismo de arriba (No use Apartado Postal/P.O. Box) | | | | | Numero de Unidad: |
| Ciudad (en que recibe el servicio): | | Condado: | | Estado: California | |
| | | | | Código Postal: | |
| ¿Ha vivido en el domicilio de servicio durante los últimos 12 meses? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | Correo Electrónico: | | Teléfono de Casa: | |
| | | | | Teléfono Móvil: | |
| | | | | ¿Recibe Mensajes de Texto? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | |
| | | | | ¿Mejor tiempo para llamarle? <input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|
| Número de Seguro Social del Aplicante: | | | | Fecha de Nacimiento del Aplicante: | | | | Información de Cuenta de Energía | | | |
| | | | | | | | | ¿A cuál factura de energía desea aplicar su beneficio de LIHEAP? <input type="radio"/> Gas Natural <input type="radio"/> Electricidad <input type="radio"/> Madera <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Aceite Combustible <input type="radio"/> Queroseno | | | |
| Nombre de compañía: _____ | | | | Número de cuenta: _____ | | | | ¿Su electricidad es incluida en la renta o sub-medida? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | | |
| ¿Usted o alguien en su hogar depende de electricidad para un dispositivo médico o de movilidad? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | | | Combustible principal que se utiliza para calentar su casa: (solo uno) <input type="radio"/> Gas Natural <input type="radio"/> Electricidad <input type="radio"/> Madera <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Aceite Combustible <input type="radio"/> Queroseno | | | | Combustible secundario que se utiliza para calentar su casa: <input type="radio"/> Gas Natural <input type="radio"/> Electricidad <input type="radio"/> Madera <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Aceite Combustible <input type="radio"/> Queroseno | | | |

| | | | |
|--|-----------------|---|--|
| Ingresos | | Información de Hogar | |
| Cuantos adultos en el hogar reciben ingresos: <input style="width: 50px;" type="text"/> | | Total número de personas viviendo en el hogar incluyendo el aplicante: <input style="width: 50px;" type="text"/> | |
| ¿Alguien en su hogar actualmente recibe CalFresh? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si | | Cuantas personas en su hogar son: 2 años o menores _____ 3 años a 5 años _____ 6 años a 18 años _____ 19 años a 59 años _____ 60 años a 69 años _____ 70 años o mayor _____ Discapacitados _____ Americanos Nativos _____ Ingles Limitado _____ Campesinos Temporales _____ | |
| Escriba el total ingreso en bruto mensual para todos en la vivienda. <u>Debe enviar comprobantes de todos los ingresos para todos los adultos en la vivienda.</u> | | | |
| Sueldo(s) | \$ _____ | | |
| Pensión | \$ _____ | | |
| Cal Works | \$ _____ | | |
| SSI/SSP | \$ _____ | | |
| SSA | \$ _____ | | |
| GA/GR | \$ _____ | | |
| Mantenimiento de Niños | \$ _____ | | |
| Otros Ingresos | \$ _____ | | |
| TOTAL | \$ _____ | | |
| Servicio Eléctrico | | | |
| ¿Sus utilidades son todas eléctricas? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | | |
| ¿Su electricidad está actualmente desconectada? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | | |
| Servicio de Gas Natural | | | |
| ¿Su Compañía de Electricidad la misma que su Compañía de Gas Natural? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | | |
| ¿Su servicio de Gas Natural esta desconectado? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | | |
| Propano, Madera, Servicio de Aceite Combustible | | | |
| ¿Está usted actualmente sin combustible? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | | | |
| Una entrega de combustible dura cerca de: _____ meses | | | |
| ¿Aproximadamente cuántos días le quedan de combustible? _____ | | | |

MIEMBROS DEL HOGAR

Complete los campos a continuación para todos los miembros del hogar. Si hay más de 7 personas en su hogar, indique la información en otro papel.

| | Nombre, Inicial, Apellido | Relación con el Solicitante | Fecha de Nacimiento | Ingreso Mensual | Fuente de Ingreso | Sexo | Raza | Etnia |
|--|---------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------|-------------------|---|--|---|
| 1. | | USTED MISMO | | | | <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder | <input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder | Hispano/Latino? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder |
| <p>¿Usted o alguien en su hogar ha servido en el ejército de los Estados Unidos? <input type="radio"/> Sí, he servido <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Me niego a declarar</p> <p><input type="radio"/> Sí, soy cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que sirvió en el ejército de los Estados Unidos</p> <p><input type="radio"/> DOY MI CONSENTIMIENTO para que esta agencia y CSD transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico, dirección postal y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos solo con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los cuales yo o un miembro de mi familia podemos ser elegibles. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses. El consentimiento del testigo se otorga si el solicitante en registro es menor de edad. <input type="radio"/> NO DOY MI CONSENTIMIENTO</p> | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder | <input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder | Hispano/Latino? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder |
| 3. | | | | | | <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder | <input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder | Hispano/Latino? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder |
| 4. | | | | | | <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder | <input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder | Hispano/Latino? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder |
| 5. | | | | | | <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder | <input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder | Hispano/Latino? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder |
| 6. | | | | | | <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder | <input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder | Hispano/Latino? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder |
| 7. | | | | | | <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder | <input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder | Hispano/Latino? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder |

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 para los pagos de mis costos de energía. *LIHEAP/DOE Intake Form (Rev.11/2024)

Firma del Solicitante _____ Fecha _____ Firma del Testigo (si firmó con una X) _____

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.

El **PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGIA AL HOGAR (HEAP)** provee asistencia de pago con costos de gas y electricidad, leña, o gas propano y servicios de insolación gratis a hogares de bajos ingresos elegibles en los condados de Monterey, Santa Cruz, y San Mateo.

Podría calificar para los programas de Central Coast Energy Services si los ingresos en bruto mensuales del hogar son menos de:

Debido a fondos limitados y una alta demanda para LIHEAP, un PLAN PRIORITARIO está vigente. Hogares elegibles podrían ser negados

| <u>1 persona</u> | <u>2 personas</u> | <u>3 personas</u> | <u>4 personas</u> | <u>5 personas</u> | <u>6 personas</u> | <u>7 personas</u> | <u>8 personas</u> |
|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| \$3,170 | \$4,145 | \$5,120 | \$6,096 | \$7,071 | \$8,047 | \$8,229 | \$8,412 |

IDENTIFICACIÓN CON FOTO EMITIDO POR EL GOBIERNO DE EE. UU. (SOLO COPIAS - DOCUMENTOS ORIGINALES NO SE DEVOLVERÁN)

Las siguientes son formas aceptables de identificación con foto emitida por el gobierno:

- Tarjeta de Identificación (ID) estatal o tribal
- Tarjeta Militar de EE.UU. o Tarjeta de Identificación de Dependiente Militar (frente y atrás)
- Licencia de Conducir
- Tarjeta de Residente Permanente, Certificado de Ciudadanía o Naturalización
- Documento de Autorización de Empleo
- Pasaporte Estadounidense o Tarjeta de Pasaporte

COSTOS DE ENERGIA

Envíe una copia de su factura de energía MAS RECIENTE (los últimos 30 días). Su nombre, domicilio de servicio (no PO Box), y número de cuenta deben ser visibles y debe tener 22 días de servicio o más. También envíe aviso de desconexión si tiene uno.

| <u>SI TIENE:</u> | <u>ENVIE COPIAS DE:</u> |
|---------------------------------------|--|
| Cuenta de Energía | TODAS las páginas de su factura más reciente de los últimos 30 días. |
| Cuenta de Gas Propano o Leña | Copia de su factura más reciente. Si tiene una cuenta de energía, también envíe una copia de todas las páginas de su factura más reciente de energía. |
| Utilidades Sub-medidas | Recibo de renta más reciente mostrando costos de gas y energía. |
| Costo de Energía Incluida en la Renta | Carta del propietario con la cantidad de su renta que va hacia sus costos mensuales de energía o llámenos para solicitar una forma de certificación para su propietario. |

DOCUMENTOS DE INGRESOS

Por favor envíe copias de documentos de ingresos de los ULTIMOS 30 días para TODOS LOS ADULTOS que reciben ingresos o asistencia. Adultos sin ingresos deben proveer una carta explicando cómo se mantienen sin ingresos. CalFresh/CalWORKs: solo envíe una carta de beneficio de los últimos 30 días; no se requiere ninguna otra prueba de ingresos para el hogar.

| <u>SI TIENE:</u> | <u>ENVIE COPIAS DE:</u> |
|--|---|
| CalFresh/CalWORKs, TANF, Asistencia General | Copia de cheque más reciente, Notificación de Acción, Pasaporte de Servicios, verificación de estampillas de comida o de trabajador con cantidad y fecha, resumen de asistencia, carta de CalFresh. |
| Sueldos/Ingresos Ganados | Copia de talones de cheques más recientes de un mes completo (si le pagan cada semana envíe 4 talones; 4 talones para pago cada quincena), carta de empleador con ingresos y periodo de pago. |
| SSI/SSP/SSA | Copia de cheque más reciente, estado de cuenta de banco con depósito directo, carta de beneficio anual con fecha, Forma 4926, Forma 2458, carta de HUD con cantidad de SSA. |
| Pensiones, Anualidades, Ingresos de Intereses o Dividendos | Copia reciente de cheque, verificación de pensión, carta anual de plan de pensión, estado de cuenta de banco mostrando depósito directo. |
| Compensación de Trabajador, Incapacidad, Desempleo | Copia de cheques o talones de cheques más recientes, impreso de computadora reciente, carta reciente de beneficio. |
| Manutención Infantil/Cónyuge/Individual | Documento reciente de corte, copia reciente de cheque, declaración firmada reciente de la persona proporcionando el reporte, notificación de acción mostrando la manutención. |
| Beneficios de Veteranos | Copia reciente de cheque, carta de beneficio, carta de verificación de VA, estado de cuenta de banco mostrando el depósito directo. |
| Empleado Independiente | Copia reciente de libreta de ingresos mensuales, declaración firmada mostrando recibos en bruto, gastos en bruto e ingresos libres, Forma 1040. |
| Otro | Carta explicando trabajos pagados al contado con cantidades y fechas, o recibos recientes de materiales reciclados. |

POR FAVOR NOTE: Aplicantes podrían recibir HEAP una vez por año. Hay un periodo de proceso de 6-8 semanas – **POR FAVOR NO DEJE DE PAGAR SU FACTURA.** Aplicantes en hogares elegibles para servicios de insolación recibirán notificación después de que la aplicación de HEAP sea procesada. **NO ENVIE DOCUMENTOS ORIGINALES – NO SE LE DEVOLVERÁN.**

Your Right to Privacy: In accordance with the Information Practices Act of 1977 and the Federal Privacy Act of 1974, the following notification is provided to an applicant for energy assistance benefits through the local agency named below. The Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) Act of 1981, as amended, and/or the Department of Energy (DOE) Energy Conservation and Production Act (ECPA), as amended, require the applicant to provide their name, home address, social security number, and monthly or annual income to the local agency for determination of applicant's eligibility to receive energy assistance benefits. Failure to provide all or part of the required information will prevent processing of the application. The information provided by the applicant will be used only for the determination of eligibility for energy assistance benefits provided by the local agency pursuant to grants issued by the State of California, Department of Community Services and Development (CSD). All personal information provided by the applicant shall be maintained by the local agency. The local agency may share the applicant's information with other agencies administering LIHEAP and/or DOE-ECPA programs, CSD, or the U.S. Department of Health and Human Services. The applicant has a right of access to records containing his/her personal information, which are maintained by the local agency. If the applicant requires additional information pertaining to the maintenance of their personal information, he/she may contact CSD at 2389 Gateway Oaks Drive, Sacramento, CA 95833, or telephone (916) 576-7109, attention Records Management Coordinator.