



Sirviendo los Condados de Monterey, Santa Cruz, y San Mateo

HE	FT	WP	DN	Intake Date:
----	----	----	----	--------------

Nombre:		Inicial:	Apellido:	
Domicilio Postal:				Numero de Unidad:
Ciudad:	Condado:	Estado:	Codigo 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	Codigo Postal:	
¿Ha vivido en el domicilio de servicio durante los últimos 12 meses?	Correo Electrónico:	Número de Teléfono: Día: Mensaje:	¿Mejor tiempo para llamarle? <input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche	

Número de Seguro Social del Apicante:	Fecha de Nacimiento del Apicante:	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

Ingresos	Información de Hogar	Nombre de compañía: _____ Número de cuenta: _____
Cuantos adultos en el hogar reciben ingresos: <input type="text"/>	Total número de personas viviendo en el hogar incluyendo el aplicante: <input type="text"/>	¿Su electricidad es incluida en la renta o sub-medida? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
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 o mayor _____	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
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>	Discapacitados _____ Americanos Nativos _____ Ingles Limitado _____ Campesinos Temporales _____	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
Sueldo(s) \$ _____		Servicio Eléctrico
Pensión \$ _____		¿Sus utilidades son todas eléctricas? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cal Works \$ _____		¿Su electricidad está actualmente desconectada? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
SSI/SSP \$ _____		Servicio de Gas Natural
SSA \$ _____		¿Su Compañía de Electricidad la misma que su Compañía de Gas Natural? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
GA/GR \$ _____		¿Su servicio de Gas Natural esta desconectado? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Mantenimiento de Niños \$ _____		Propano, Madera, Servicio de Aceite Combustible
Otros Ingresos \$ _____		¿Está usted actualmente sin combustible? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
TOTAL \$ _____		Una entrega de combustible dura cerca de: _____ meses
		¿Aproximadamente cuántos días te quedan de combustible? _____

Nombre	Apellido	Parentesco con el Solicitante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Cantidad de Ingreso Mensual	Fuente de Ingreso
1.		Si Mismo			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

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 más 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.

*LIHEAP/DOE Intake Form (Rev.1/2016)

Firma del Solicitante	Fecha	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 Asistencia de 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 insulación. 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 aprobación para 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, u orientación sexual.		

FOR OFFICE USE 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	Energy Cost: \$ _____	Energy Burden: _____ %
-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	------------------------