

# APLICACIÓN 2017 - INSTRUCCIONES

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

**Dirección : 1371 Stanislaus Street, Fresno CA 93706**

Abremos a las 8:00 a.m. Hora de cierre puede variar.

Solicitud: lunes, martes, jueves, y viernes.

La lista puede cerrarse a cualquier hora cuando se alcanza la máxima ocupación.

Miércoles: aceptamos solo facturas desconectas

**\*\* La hora de cerrar y espera pueden variar según el número de personas ya inscritos. \*\***

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

## Factura de Energía (reciente con cargos)

**Todas las facturas de energía se requieren**

**ELECTRICIDAD:**

PG&E (uno de los siguientes)

- Factura regular (todas páginas)
- Aviso de 48 horas
- Comprobante de interrupción
- Aviso de 15 días

Southern California Edison

**GAS:**

PG&E (si esta junto con electricidad)

SoCalGas - The Gas Company

**PROPANO, LEÑA, o ACEITE:**

Provea último recibo

**No se acepta:**

- Factura separada/incompleta
- Cuentas cerradas
- Crédito en la cuenta
- Cuentas de cierre
- Factura con deposito
- Cero cargos

## Ingresos del Hogar (actual, últimas 6 semanas)

**Todos los ingresos por un mes completo**

- Los talones de cheques (recientes, un mes completo)
- Ayuda del gobierno (mes corriente)
- Beneficios de Seguro Social (año 2017)
- SSI – Ingreso de Seguro Suplementario (año 2017)
- Pensión (mes reciente)
- Beneficios de Desempleo - EDD (un mes completo)
- Beneficios de Incapacidad (reciente, un mes completo)
- Apoyo de niño (reciente, un mes completo)
- Ayuda económica de estudiantes (colegio)
- Propio negocio: presente un diario de un mes, recibos forma de impuestos 1040, pérdidas y ganancias, tarjeta de negocio
- ¿Ningún ingreso?** Si algún adulto declara ningún ingreso, otros documentos serán requeridos. (verificación de cero ingresos de EDD)

## SEGURO SOCIAL

- Tarjeta de Seguro Social de 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 DEBEN SER INCLUIDOS (Si es aplicable)

- Estampillas:** reporte del Condado de Fresno (mes actual) • Incluye a todos los nombres en el caso  
 → Aviso de Acción no se acepta
- Vivienda de bajos ingresos:** (mes actual) • Sección 8, HUD, u otro asistencia

**Las llamadas telefónicas serán tomadas de lunes a viernes 8:30 a.m. – 5:00 p.m. (559) 263-1135**

### OTROS SITIOS: (puede haber cambios sin aviso)

<b>Coalinga:</b> Coalinga Regional Center	311 Coalinga Plaza	Primer y Segundo	<b>Lunes</b> del mes	<b>9:45 a.m. to 3:45 p.m.</b>
<b>Orange Cove:</b> Community Center	1705 Anchor Ave	Primer y Segundo	<b>Martes</b> del mes	<b>9:00 a.m. to 11:30 a.m.</b>
<b>Mendota:</b> Community Center	195 Smoot Ave	Primer y Segundo	<b>Martes</b> del mes	<b>1:00 p.m. to 4:00 p.m.</b>
<b>Reedley:</b> Workforce Connection	1680 Manning Ave	Primer y Segundo	<b>Martes</b> del mes	<b>1:00 p.m. to 4:00 p.m.</b>
<b>West Fresno:</b> Local Conservation Corps	1805 California	Primer y Segundo	<b>Miércoles</b> del mes	<b>8:30 a.m. to 4:30 p.m.</b>
<b>Selma:</b> Regional Center	3800 McCall Ave	Segundo y Tercer	<b>Miércoles</b> del mes	<b>8:30 a.m. to 4:00 p.m.</b>
<b>Kerman:</b> County of Fresno E&TA	15180 W. Whitebridge Ave	Primer y Segundo	<b>Jueves</b> del mes	<b>9:00 a.m. to 4:00 p.m.</b>
<b>Sanger:</b> Proteus, Inc.	1849 Academy Ave	Primer y Segundo	<b>Jueves</b> del mes	<b>8:30 a.m. to 4:00 p.m.</b>

**Department of Community Services and Development**

**Energy Intake Form**

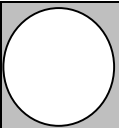
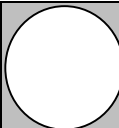
CSD 43 (1/2017)

*Por favor, use pluma negro o azul*

UA:	Job Control Code:
A.C.C.	Priority Points:
Data Entry Date	Staff Initials:

Agency: **Fresno EOC** Intake Initials: \_\_\_\_\_ Intake Date: \_\_\_\_\_ Eligibility Cert Date: \_\_\_\_\_

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento
			M   M   D   D   A   A
Domicilio de Servicio			Número de Unidad
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
	<b>Fresno County</b>	<b>CA</b>	
¿Han vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Domicilio Postal <input type="checkbox"/> Marque si es igual que la dirección del servicio			Número de Unidad
Ciudad (de su domicilio postal)	Condado	Estado	Código Postal
Número de Seguro Social (SSN):		Correo electrónico(el e-mail):	
Número de Teléfono: ( )	Número de celular ( )	<input type="checkbox"/> ¿Mensaje Solo? Número: ( )	

<b>PERSONAS VIVIENDO EN HOGAR</b> Escriba el número de personas que viven en su hogar, incluyendo al solicitante →  Introduce el número de personas que son: De 2 años o menores De 3 años a 5 años De 6 años a 18 años De 19 años a 59 años De 60 años o mayores Incapacitados Americanos Nativos Campesinos Temporales/Migratorios	<b>INGRESOS</b> Escriba el número de personas en el hogar que reciben ingresos →  Escriba el total del ingreso mensual, en bruto, de todas las personal que viven en su hogar: TANF/CalWorks \$ SSI / SSP \$ SSA / SSDI \$ Sueldo(s) \$ Interés \$ Pensión \$ Otros Ingresos \$ <b>Ingresos Total \$</b>	<b>¿A cuál factura de energía desea aplicar su beneficio de LIHEAP? (provee factura o recibo)</b> <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas Natural <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite Combustible <input type="checkbox"/> Queroseno <b>Nombre de la compañía:</b>  <b>Número de cuenta:</b>  <b>Nombre en la factura:</b>  ¿Está su electricidad incluida en la renta o sub-medidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

¿Cuál es el principal combustible que se utiliza para CALENTAR su casa? Una fuente principal de calefacción DEBE estar marcada. (Adjuntar copia de la más reciente Factura o Recibos)

Electricidad (PG&E)  Gas Natural (PG&E o SoCalGas)  Leña  Propano  Aceite Combustible  Queroseno  Otro Combustible

Además de su fuente principal de calefacción, alguna vez utiliza cualquiera de los siguientes para calentar su casa (usted puede seleccionar más de uno): (Adjuntar Copia de la más reciente Factura o Recibos)

Electricidad (PG&E)  Gas Natural (PG&E o SoCalGas)  Leña  Propano  Aceite Combustible  Queroseno  Otro Combustible  N/A

**Información de su factura de Energía**  
 Marque todas las que apliquen para cada tipo de fuente de energía para los gastos de energía del hogar. NOTA: Las preguntas siguientes son OBLIGATORIOS y requieren una respuesta. Incluya copias de sus facturas más recientes de energía Y/O recibos. Una copia de una factura eléctrica debe ser incluida.

<b>SERVICIO ELÉCTRICO (PG&amp;E)</b> ¿Son sus utilidades todo eléctrico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está apagada su electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>SERVICIO DE GAS NATURAL (PG&amp;E o SoCalGas)</b> ¿Su Compañía de Electricidad es el mismo que su Compañía de Gas Natural? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó si, marque N/A abajo. ¿Está apagado su Gas Natural? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A ¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<b>Leña, PROPANO o SERVICIO DE ACEITE CUMBUSTIBLE (WPO)</b> ¿Está usted actualmente sin combustible? (Leña, Propano, Aceite, queroseno, Otro Combustible) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Anote el número aproximado de días hasta que te quedas sin combustible (Leña, Propano, Aceite, queroseno, Otro Combustible). Número de días: _____ <input type="checkbox"/> N/A
---	---	--

**APPLICANT: DO NOT FILL OUT THE INFORMATION BELOW. THIS SECTION IS FOR OFFICE USE ONLY.**

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

Benefit \$ \_\_\_\_\_ Supplement \$ \_\_\_\_\_ Total Benefit \$ \_\_\_\_\_  Home referred for WX  Referred for ECIP HCS  Home already weatherized

Energy Services Restored after disconnection:  Yes  No Disconnection of Energy Services prevented:  Yes  No

Type of Dwelling:  MFD - Owner, 2 - 4 units  Mobile Home - Owner  Shelter: # of units \_\_\_\_\_  Unoccupied MFD: 2 - 4 units

SFD - Owner, 1 unit  MFD - Rental, 2 - 4 units  Mobile Home - Rental Total # of residents: \_\_\_\_\_  Unoccupied MFD: > 5 units

SFD - Rental, 1 unit  MFD - Owner, 5 or more units  MFD - Rental, 5 or more units Total Energy Cost \$ \_\_\_\_\_ Energy Burden \_\_\_\_\_% Sec 8 Y / N

Agency Defined Priorities:  Medically Needed  Frail Elderly  Severe Financial Hardship  Hard to Reach  Priority Offsets  N/A

MIEMBROS DEL HOGAR:						
Proporcione los nombres de todos en su hogar: <b>Nombre Completo</b>	Relación al cliente (marido, hija, amiga, etc.)	Edad	Género masculino/femenino	Incapacitado Si / No	Fuente de Ingreso (SSI, TANF, UIB, etc.)	Ingreso Mensual en bruto
1		Si 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	
9				M / F	S / N	
10				M / F	S / N	
<b>Total de Ingresos Mensuales en Bruto</b>						<b>\$</b>

Composición de la Familia: (solo una)  Padre Soltero/femenino  Padre Soltero/masculino  Hogar de dos padres  Una Persona  Dos Adultos sin niño  Otro

**¿Cómo se entero acerca del programa LIHEAP? (PG&E, radio, televisión, amigo, familia, etc.)**

¿Usted  renta o  es dueño de su vivienda?

**¿Ha sido su domicilio climatizado por parte del programa Fresno EOC?**  Sí  No Si no, será referido al programa de climatización.

**¿Recibe usted asistencia para su renta (Sección 8, HUD u otro)?**  Sí  No  
Si contesto si, ¿recibe ayuda para el pago de su utilidad?  Sí  No  N/A

**¿Usted o alguien en su casa ACTUALMENTE recibe CalFresh (estampillas de comida)?**  Sí  No

**¿Es usted o algún miembro de su casa un empleado de Fresno EOC, miembro de la mesa, o pariente de alguna persona ya mencionada?**  
 Sí  No Si contesto si, se requiere forma COIF.

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 costos 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 mas 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.

<b>X</b>			
	<b>*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***</b>	Fecha de hoy	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 Ayuda para la 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 weatherization. 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 aceptación de una persona en 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, o orientación sexual.

<b>Confirmación de Recibo</b>	
He recibido la siguiente información:	
<input type="checkbox"/> <b>Educación de Energía</b> - Información sobre los cambios que puede hacer para reducir el consumo de energía de su hogar.	
<input type="checkbox"/> <b>Consejería Presupuesto</b> - Información sobre manejo personal financiero.	
Firma del Beneficiario (No firme hasta que recibida las formas):	Fecha:
<b>For Official Use Only - Mail Option:</b> 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: