

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

- Factura regular (todas páginas)
- Aviso de 48 horas y factura regular (todas páginas)
- Aviso de 15 días y factura regular (todas páginas)

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
- Crédito en la cuenta
- Factura con deposito
- Cuentas cerradas
- Cuentas de cierre
- 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
- ¿La factura no está en tu nombre?** El titular de la cuenta debe completar el *Formulario de Consentimiento y Autorización (CSD 081)*

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)

| | | | | |
|--|----------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Coalinga: Coalinga Regional Center | 311 Coalinga Plaza | Primer y Segundo | Lunes del mes | 9:45 a.m. to 3:45 p.m. |
| Orange Cove: Council Chambers | 633 6 th Street | Primer y Segundo | Martes del mes | 9:00 a.m. to 11:30 a.m. |
| Mendota: Community Center | 195 Smoot Ave | Primer y Segundo | Martes del mes | 1:00 p.m. to 4:00 p.m. |
| Reedley: Workforce Connection | 1680 Manning Ave | Primer y Segundo | Martes del mes | 1:00 p.m. to 4:00 p.m. |
| West Fresno: Local Conservation Corps | 1805 California | Primer | Miércoles del mes | 8:30 a.m. to 4:30 p.m. |
| Selma: Regional Center | 3800 McCall Ave | Segundo y Tercer | Miércoles del mes | 8:30 a.m. to 4:00 p.m. |
| Kerman: County of Fresno E&TA | 15180 W. Whitebridge Ave | Primer y Segundo | Jueves del mes | 9:00 a.m. to 4:00 p.m. |

Department of Community Services and Development

Energy Intake Form

CSD 43 (1/2017)

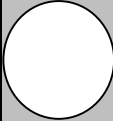
Por favor, use pluma negro o azul

| | |
|-----------------|-------------------|
| 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 |
| | Fresno County | CA | |
| ¿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: () | |

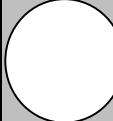
PERSONAS VIVIENDO EN HOGAR

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 | |

INGRESOS

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 | \$ |
| Ingresos Total | \$ |

¿A cuál factura de energía desea aplicar su beneficio de LIHEAP? (provee factura o recibo)

Electricidad Gas Natural Leña
 Propano Aceite Combustible Queroseno

Nombre de la compañía:

Número de cuenta:

Nombre en la factura:

¿Está su electricidad incluida en la renta o sub-medidos?
 Sí 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.

| | | |
|--|--|---|
| <p>SERVICIO ELÉCTRICO (PG&E)</p> <p>¿Son sus utilidades todo eléctrico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Está apagada su electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>SERVICIO DE GAS NATURAL (PG&E o SoCalGas)</p> <p>¿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.</p> <p>¿Está apagado su Gas Natural? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p> | <p>Leña, PROPANO o SERVICIO DE ACEITE CUMBUSTIBLE (WPO)</p> <p>¿Está usted actualmente sin combustible? (Leña, Propano, Aceite, queroseno, Otro Combustible) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>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</p> |
|--|--|---|

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: Nombre Completo | 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 | | |
| Total de Ingresos Mensuales en Bruto | | | | | | \$ |

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.

| | | | |
|----------|--------------------------------------|--------------|--|
| X | | | |
| | *** FIRMA DEL SOLICITANTE *** | 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.

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