



TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN DE SER DE LOS ULTIMOS 30 DIAS
DE LA FECHA DE ENTREGA

Programa de Asistencia de Energía (HEAP) LISTA DE VERIFICACION & INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

Marque la casilla para indicar que está completa

- El Solicitante puede ser cualquier miembro del hogar mayor de 18 años con identificación de los Estados Unidos. (Licencia de Conducir, Tarjeta de Residencia Permanente, Identificación de trabajo o escolar) El solicitante no necesita ser el titular del recibo de la luz.
- Llenar y firmar la página posterior (Página 2)
- Llenar el formulario demográfico. (Página 3)
- Llenar la forma Nombre del Titular de Cuenta y Domicilio Correspondiente

- Agregue copias de ingreso de los **últimos 30 días** para todos los adultos que viven en su hogar (relacionado o no). Documentos deben mostrar nombre e ingresos en bruto. (Lista de comprobantes de ingresos aceptables en pagina 5)

Por favor mande solo copias – No regresamos documentos

- Formulario de Certificación de Ingresos y Gastos (CDS-43B) Solamente persona(s) mayores de 18 años que vivan en su hogar (**relacionado o no**) que recibieron **ingresos en efectivo o no tuvieron** ingresos en los últimos 30 días deben completar, firmar, y fechar su propio formulario. (última página de este paquete)

- Agregue una copia de todas las páginas de su factura reciente (de los últimos 30 días) de energía. La factura de energía **no necesita estar a nombre del solicitante.**
Incluya Aviso de Desconexión si lo ha recibido.

- Revise su solicitud: Su solicitud será **DEVUELTA** en el correo si no está completamente llena, si no está firmada y fechada en la página 2, si no incluye una identificación estadounidense vigente con foto, si faltan documentos de ingresos o están vencidos de fecha (de los últimos 30 días). No podemos aceptar firmas generada por computadora.

Envíe su solicitud por correo a **HEAP- 1381 S. First St.- San José, CA 95110**



o

Entregué la solicitud a cualquier hora en el buzón de correo del programa HEAP (rojo con verde), localizado en el lado derecho de la entrada principal de Servicios Comunitarios del Sagrado Corazón (Esquina de W. Alma St. y S. 1st St.).

Recibirá un aviso dentro de 15 días hábiles a partir de la fecha en que el Sagrado Corazón recibe su aplicación

AHORRE DINERO

CONSEJOS PARA EL AHORRO DE ENERGÍA

- Cambiar focos regulares por focos de luz **LED** o **CFL**.
- Apagar las luces y desconectar electrodomésticos que no estén en uso.
- Usar un conector de enchufes múltiples y apagarlo cuando no esté en uso.
- Programar su termostato a **68 °F** en invierno y a **78 °F** en Verano.
- Usar su micondas / olla de lenta cocción / tostador de horno; en lugar de usar su estufa cuando le sea posible.
- Usar tapaderas / tapar sus ollas y sartenes cuando esté cocinando.
- Cerrar la llave del agua mientras jabona sus trastes.
- Mantener su refrigerador programado entre los **35 °F - 38 °F** y el congelador entre los **0 °F - 5 °F**.
- Lavar su ropa en grandes cantidades y usando agua fría en vez de agua caliente.
- Lavar su ropa en **horas de tarifa reducida** – consulte las horas con su compañía de energía.
- Limpiar el filtro de su secadora.
- Vestirse de acuerdo al clima.
- Usar luz natural tanto como le sea posible cuando esté en casa
- Compre electrodomésticos de bajo consumo de energía. Elija productos con la etiqueta **ENERGY STAR®** para obtener los mayores ahorros. Aunque generalmente estos productos son más altos en precio, sus costos de funcionamiento son entre 9% y 25% más bajos que los modelos convencionales.

Estimación de hasta \$2,000 en ahorros anuales

Si usted está interesado en recibir Consejería de Presupuestos, favor de comunicarse al 1-877-278-6455

Energy Intake Form CSD 43 (10/2022)

(Por favor, use pluma con tinta negra o azul)

Primer Nombre	Inicial segundo	Apellido	Fecha de nacimiento M/D/A / /
Domicilio donde recibe correo:			# de unidad
Ciudad	Condado Santa Clara	Estado CA	Código postal
Domicilio donde vive – (no puede ser un buzón postal (P.O. Box):			
¿El domicilio donde recibe correo es el mismo donde vive?..... <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, favor de llenar domicilio donde vive			
¿Ha vivido en su hogar en los últimos 12 meses?..... <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Es dueño o arrienda su hogar?..... <input type="checkbox"/> Dueño/dueña <input type="checkbox"/> Arriendo mi hogar			
Domicilio donde vive:			# de unidad
Ciudad	Condado Santa Clara	Estado CA	Código postal
No. de seguro social (SSN):		# de telefono ()	
Correo electrónico: (Opcional) Cual es su idioma preferido: <u> </u> Inglés? <u> </u> Español?			
Ingrese el # total de personas que viven en su hogar, incluyéndose a usted.		Ingrese el # total de personas mayor de 18 años en el hogar que recibieron ingresos en las últimas 30 días	
Ingrese el # total de personas en su hogar que tengan:		Ingrese el ingreso mensual bruto (antes de impuestos) de todas las personas que viven en su hogar	
Entre 0 a 2 años de edad		Ingreso de empleo/sueldo	\$
De 3 - 5 años		SSI/ SSP/SSA/SSDI beneficios	\$
De 6 - 17 años		TANF/CalWorks/GA/CAPI	\$
De 18 – 59 años		Manutención de hijos/Conyuge	\$
De 60 – 69 años		Desempleo/compensación de Trabajo	\$
Mayores de 70 años		Pensión /Anualidades / Seguro de Vida	\$
INCAPACITADOS		Ingreso de interés / Dividendos	\$
INGLES LIMITADO		Ingresos en Efectivo/Otros ingresos	\$
CAMPESINOS TEMPORALES/MIGRATORIOS		INGRESO TOTAL (antes de impuestos)	

****NECESIDAD DE PRESENTAR DOCUMENTOS DENTRO DE LOS 30 DÍAS****

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

Para calificar consulté la siguiente tabla para ver los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos/ deducciones) y por tamaño de su hogar. **Crédito \$317**

Size of Household/ # de Personas en el Hogar	Federal Income Guidelines Monthly Income/Ingreso Mensual
1	\$2,882
2	\$3,769
3	\$4,656
4	\$5,543
5	\$6,430
6	\$7,317
7	\$7,484

Envíe la solicitud completa por correo o déjela en el Sagrado Corazón, 1381 S. First Street, San José, CA 95110



INFORMACION DE SU FACTURA

¿A qué factura de energía (**ELIJA SÓLO UNA**) desea que se aplique el beneficio LIHEAP? (Adjuntar Copia de la Factura o Recibos)

Gas Electricidad

Escriba compañía de energía y número de cuenta:

Nombre de la compañía: _____ Número de cuenta: _____

¿Usted es el titular de: La factura de Electricidad Sí No La factura de Gas Natural Sí No

¿Sus servicios públicos están incluidos en la renta? Sí No N/A

SERVICIO ELÉCTRICO

¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado?

Sí No

¿Está desconectado su servicio de electricidad?

Sí No

¿Usa solamente electricidad en su hogar?

Sí No

SERVICIO DE GAS

¿Su compañía de electricidad es la misma que su compañía de gas?

Sí No N/A

¿Está desconectado su servicio de gas?

Sí No

¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado?

Sí No

INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS**. Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su hogar. Debe presentar una copia de todas las facturas o recibos de energía recientes por todos los costos de energía doméstica. **NOTA:** Debe incluirse una copia de una factura eléctrica aun cuando no use electricidad para calentar su hogar.

¿Cuál es el combustible que más utiliza para **CALENTAR** su hogar? **DEBE marcar una fuente principal.**

Gas Electricidad Madera Propano Aceite combustible Queroseno Otro combustible

¿Además de su fuente de calefacción principal, ¿usa alguno de los siguientes para calefaccionar su hogar? (puede elegir más de uno):

Gas Electricidad Madera Propano Aceite combustible Queroseno Otro combustible N/A

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 climatización. **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.

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.

*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***

Fecha de hoy

Consejos para ahorrar energía: He recibido información acerca de los cambios que puedo hacer para reducir el consumo de energía en mi casa.

*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***

Fecha de hoy

SOLICITANTE: NO COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SÓLO PARA USO OFICIAL.

ACC# _____ Priority Points _____ Energy Cost \$ _____ Energy Burden: _____ %

Utility Assistance being provided under which program HEAP Fast Track DENIED

Total Benefit \$ _____ Supplements \$ _____

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

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

Eligibility Certification Date: _____ Intake Date: _____ Intake Initials Eligibility _____

FORMULARIO DEMOGRÁFICO

Complete la siguiente información para todos los miembros del hogar – familiar o no (Primos, Tías, Tíos, Amigos, Renteros)

1) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Usted-el /la solicitante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
2) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Relación con el solicitante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
3) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Relación con el Aplicante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
4) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Relación con el Aplicante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
5) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Relación con el Aplicante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			

Si tiene más de 5 personas en su hogar, anote la información en una hoja de papel por separado.

6) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Relacion con el solicitante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
7) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Relacion con el solicitante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
8) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Relación con el Apicante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
9) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Relación con el Apicante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
10) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Relación con el Apicante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
11) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /	Relacion con el solicitante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			

Si tiene más de 11 personas en su hogar, anote la información en una hoja de papel por separado.

FAVOR DE AGREGAR LOS COMPROBANTES DE INGRESOS DE TODOS LOS ADULTOS EN EL HOGAR DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS AQUÍ

Agregue los comprobantes de ingreso de los **últimos 30 días** (Documentos de ingresos deben mostrar el nombre e ingreso bruto) de todo adulto en el hogar **sea o no familiar.**

Ingresos:

- Talones de Cheque (Pago Consecutivos)
- Trabajador Por Cuenta Propia – Declaración de Pérdidas y Ganancias o forma de Impuestos 1040 con el Anexo 1 & C
- Ingresos de alquiler (rentero) forma de impuestos 1040 Anexo 1 y E (se requiere firma y fecha de cuando presento sus impuestos)

Beneficios Patrocinados por el Gobierno:

- SSI/SSA/SSDI Carta de beneficio anual o un estado de cuenta bancario que muestre depósito directo, IHSS
- CalWorks (debe mostrar nombre), Manutención Infantil, EDD (Desempleo), GA, CAPI

Otros Ingresos:

- **Pensión (no se acepta estado de cuenta bancaria)** Copia reciente del talón de cheque o carta de verificación con declaración que es “de por vida”. Si no tiene comprobante reciente puede entregar un talón de cheque vencido con el estado de cuenta bancaria mostrando el depósito.
- **Bonos, Subsidios de combustible/hogar, IRA Anualidades, Intereses**

Sin Ingresos:

- **Certificación de Ingresos y Gastos (43B)** Adultos de 18 años o mas viviendo en el hogar (familiar o no) deben llenar y firmar la certificación si no tienen ingresos o recibieron ingresos en efectivo en los últimos 30 días. Una certificación esta incluida en este paquete, si requiere mas puede hacer copias o pedir las al 800-278-2183.

Por favor mande solo copias – No regresamos documentos

ADJUNTE TODAS LAS PÁGINAS DE SU FACTURA DE ENERGÍA MÁS RECIENTE AQUÍ

Adjunte todas las páginas de su factura de energía (incluya Aviso de Desconexión si lo a recibido)

- PG&E, Palo Alto o Santa Clara Utilities (necesita al menos 22 días de servicio)
o
- Factura sub-medida (por ejemplo, Conservice)
o
- Carta de propietario si su servicio de energía está incluida en el alquiler mostrando el costo mensual de su servicio de energía

NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombre completo del titular de la cuenta		
Dirección postal del titular de la cuenta (número y calle)		Número de unidad (si tiene)
(Ciudad)	Estado	Código postal
¿La dirección donde recibe servicios públicos es la misma que la dirección del titular de cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre completo del solicitante de beneficios (del formulario 43)		
Dirección donde recibe el servicio público (número y calle)		Número de unidad (si tiene)
(Ciudad)	Estado CA	Código postal

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Escriba el nombre de la empresa de servicios públicos y su número de cuenta a continuación (puede encontrar el número de cuenta en la factura). Si diferentes empresas le proveen los servicios de gas y electricidad, escriba el nombre y número de cuenta de ambas empresas.

Nombre de la empresa de servicios públicos	Número de cuenta del servicio
Nombre de la empresa de servicios públicos (si tiene una segunda empresa que le provee servicios públicos)	Número de cuenta del servicio

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, usted (el titular de la cuenta) da su autorización y consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (asociados de CSD) y a su empresa de servicios públicos y sus contratistas, para que compartan la información sobre la cuenta de servicios públicos, información del medidor de uso y el consumo de energía y otra información según sea necesario de su propiedad durante el período que inicia 24 meses antes y finaliza 36 meses después de la fecha firmada abajo. La información que nos autoriza a obtener y compartir se usará para fines de evaluar el uso doméstico de energía de los beneficiarios del programa para que CSD pueda: a) medir la efectividad de los servicios que proporcionamos al determinar cuánto se reducen sus facturas de servicios públicos y cuánto nuestros servicios reducen las emisiones de carbono (contaminación atmosférica) y b) informar estos resultados a las autoridades federales y estatales que financian y supervisan los programas de asistencia de energía de California. CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias estatales o federales y programas afiliados (asociados de CSD), en colaboración con su empresa de servicios públicos y sus contratistas, utilizan esta información para brindar servicios que ayudan a familias de bajos ingresos, como la del solicitante, a pagar sus facturas de energía de consumo doméstico y administrar estas necesidades energéticas para los fines indicados en esta autorización.

Firma del titular de la cuenta	Fecha	Nombre del contratista/organización asociada de CSD SACRED HEART COMMUNITY SERVICE
---------------------------------------	--------------	---

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO

Usted acepta que su consentimiento permanecerá en vigencia por 36 meses a partir de la fecha en que firma esta autorización, a menos que lo revoque mediante una notificación escrita enviada a: CSD Energy & Environmental Services Division, 2389 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833. La revocación entrará en vigor tras su recepción, pero no se aplicará a ninguna información que fue compartida mientras esta autorización estaba vigente.

PROGRAMAS APLICABLES

Algunos de los programas que CSD supervisa o con quienes está asociado incluyen a:

- CSD Federal Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- CSD Federal Department of Energy Weatherization Assistance Program (DOE WAP)
- State Low-Income Weatherization Program (LIWP)
- Department of Housing and Urban Development (HUD) Lead Hazard Control and Healthy Homes Program
- Utility Company Energy Savings Assistance (ESA) Program
- Utility Company California Alternate Rates for Energy (CARE) Program

WHY CONSENT IS NEEDED AND HOW THE INFORMATION WILL BE USED

Your consent (permission) for us to obtain and share your utility information, including your energy usage data, is needed for the purposes listed and explained below. CSD, its contractors, consultants, other federal or state agencies and affiliated programs (CSD Partners), working cooperatively with your utility company and its contractors, can provide you with services and benefits available under various programs administered by CSD and your utility companies. The information provided will be shared and retained in accordance with applicable law concerning data security and privacy protections. The information you authorize us to obtain and share will be used for the following purposes:

1. Determine your eligibility for CSD and utility company low-income programs
2. Protect the security of your information and make it easier for you to apply for/receive services by limiting the number of times you must provide the same information about yourself and your household, your residence, income, utility account(s), energy costs and energy usage
3. Determine which services, benefits and assistance you are qualified to receive, including: payment assistance with your utility bills; weatherization services; energy efficiency services, emergency energy services; health and safety measures; solar energy services; consumer information and energy tips
4. Evaluate your home's energy usage so that CSD can: a) measure the effectiveness of the services we provide by determining how much your utility bills are reduced and how much our services reduce carbon emissions (air pollution), and b) report these results to federal and state authorities that fund and oversee energy assistance programs in California.

You understand that some services may not be available to you unless you consent to share/release information as stated in this Authorization. You agree that this consent covers utility account, billing and usage information, including up to twelve months of historical data prior to the date of this Authorization, information about any prior weatherization services provided, and subsequent data throughout the period that this Authorization is in effect.

CSD and CSD Partners agree to access and share only the information and data necessary to provide energy assistance services for which you are determined eligible, and to fulfill state and federal requirements for operating these programs. If you are determined not to be eligible for services, no utility information will be accessed or exchanged. CSD and CSD Partners will safeguard your privacy and will store any information gathered in accordance with the security requirements set forth in state law.

REVOCAION OF CONSENT

You agree that your consent shall remain in effect for 36 months from the date you sign this Authorization, unless otherwise revoked by written notice mailed to: CSD Energy & Environmental Services Division, 2389 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833. Revocation will be effective upon receipt, but will not apply to any information shared while this Authorization was valid.

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS (CSD 43B)

Personas mayores de 18 años en el hogar que **NO RECIBEN INGRESO o recibieron **INGRESO EN EFECTIVO** en los últimos 30 días necesitan llenar su propio formulario. **FAVOR DE LLENAR TODAS LAS SECCIONES EN ESTE FORMULARIO.****

Nombre: _____ Domicilio: _____

Por favor, marque todas las categorías que apliquen a usted:

Recibo ingresos en efectivo de otras fuentes No tengo ingreso Soy estudiante Recibi beneficios del Gobierno

Sección 1: Indique los ingresos de los últimos 30 días:

¿Durante el último mes ha trabajado usted horas parciales? Si es así, escriba la cantidad exacta recibida en la Sección 4 .	SI	NO
¿Durante el último mes trabajó por su propia cuenta? Si es así, favor de proporcionar su formulario de impuestos 1040. (firmado y fechado en la página 2) junto con el Anexo 1 y C	SI	NO
¿Recibió dinero por algún trabajo que realiza solo de vez en cuando, como trabajo de jardinería, cuidar niños, limpiar casas o recibió ingresos en efectivo de otras fuentes como reciclar, vender artículos personales, etc.? Si es así, escriba la cantidad exacta recibida en la Sección 4 .	SI	NO
¿Durante el último mes ha recibido usted algún regalo en dinero? Si su respuesta es SI por favor complete la siguiente información Nombre: _____ Cantidad: _____ Por cuanto tiempo: _____ Nombre: _____ Telefono: _____	SI	NO
Recibió usted alguno de los siguientes beneficios: marque todos aquellos que usted ha recibido y proporcione documentos. <input type="checkbox"/> Compensación del trabajo <input type="checkbox"/> Desempleo (EDD) <input type="checkbox"/> Programas de Gobierno (SSI/SSA/CAP/IGA) <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Pago de Anualidades <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Asistencia de Renta/Sección 8 <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro	SI	NO
¿Recibió usted ingreso por alquilar un cuarto o propiedad en los últimos 30 días? Si es así, escriba la cantidad exacta recibida en la Sección 4 .	SI	NO

Sección 2: Otras fuentes de Ingreso

¿Esta usando sus ahorros o préstamo con garantía hipotecaria? ¿Si es así, cuanto? \$	SI	NO
¿Esta utilizando otros bienes? ¿Si es así, cuanto y que son? \$	SI	NO
¿Utilizo el préstamo de una tarjeta de crédito? ¿Si es así, cuanto? \$	SI	NO
¿Obtuvo un préstamo de alguna otra fuente? ¿Si es así, cuanto y por cuanto tiempo? \$	SI	NO

Sección 3: Durante los últimos 30 días, como a pagado lo siguientes gastos mensuales:

Gastos	Gastos Mensuales	Como se ha pagado este gasto? Por favor aclare.	Si alguien más pago sus gastos mensuales, favor de completar abajo
Renta o Hipoteca	\$		Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
Utilidades	\$		Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
Alimentación / Comida	\$		Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

**Sección 4: Indique si ha recibido dinero en efectivo en los últimos 30 días. Consulte los siguiente ejemplos:
Gane \$150 en efectivo cuidando niños en los últimos 30 días. Del 1 al 30 de Junio, gane \$500 en efectivo trabajando como jornalero.**

Al firmar este documento, yo afirmo que estos hechos son exactos y verdaderos. Otorgo al proveedor del Servicio Comunitario del Sagrado Corazón permiso para verificar esta información. Puedo ser responsable bajo la ley estatal o federal por dar información falsa o fraudulenta.

