Department of Community Services and Development
Energy Intake Form
CSD 43 (1/6/2012)Español

								0	0	0	0				

Priority Points:		A.C.C.	
Job Control Code			

Agency: CAPSBC	Intake Initials:	Intake Date:	Eligibility Cert Date:

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento M M D D Y Y
Domicilio Postal ☐ Marque si es igual que la direccion del servicio			Número de Unidad
Ciudad (de su domicilio postal)	Condado	Estado	Código Postal
Domicilio en que se recibe el servicio de energia (No use Apartado Postal - P.O. Box)			Número de Unidad
Ciudad (en que se recibe el servicio)	Condado San Bernardino	Estado CA	Código Postal
Número de Seguro Social (SSN):	Número de Teléfono: ( )		☐ Mensaje

PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR

Incluyendo al solicitante, escriba el número de personas que viven en su hogar --> :

Escriba el número de personas en su hogar:

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	
Personas con Inglés Limitado	
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 personas que viven en su hogar:

TANF	$
SSI/SSP	$
SSA/SSDI	$
Sueldo(s)	$
Interés	$
Pensión	$
Otros Ingresos	$
INGRESOS TOTAL (en bruto)	$

DESCUENTO DE UTILIDADES

Usted también puede ser elegible para un descuento en su factura mensual! Comuníquese con su compañía de servicios y pregunta sobre los programas de tarifa reducida.

Cuál compañía de servicios de energía le gustaría que se pague?

Número de Cuenta:

Nombre del cliente (como aparece en la factura):

☐ Marque aqui si las utilidades son incluidas en la renta o son sub-metered.

La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda. Con mi firma doy authorizacion 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. 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 decision del proveedor de servicios entonces puedo apelar al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD) conforme al Titular 22, Codigo de California seccion 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 unicamente con el objetivo de pagar mis gastos de consumo de energía.

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 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 reune 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 autualización 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 eligibilidad. 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.

Solicitante: No complete la siguiente información. Esta sección es sólo para uso oficial.

Cash Assistance being provided under which program --> ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ Supplement_____

Referral --> ☐ Home referred for weatherization ☐ Referred for ECIP HCS ☐ Home already weatherized

Weatherization being billed under which program --> ☐ DOE ☐ DOE ARRA ☐ LIHEAP WX ☐ ECIP HCS

Type of Dwelling:

☐ SFD - Owner, 1 unit
☐ SFD - Rental, 1 unit
☐ MFD - Owner, 2 - 4 units
☐ MFD - Rental, 2 - 4 units
☐ MFD - Owner, 5 or more units
☐ MFD - Rental, 5 or more units
☐ Mobile Home - Owner
☐ Mobile Home - Rental
☐ Shelter: # of units _____
Total # of residents:_____
☐ Unoccupied MFD: 2 - 4 units
☐ Unoccupied MFD: > 5 units

Energy Cost = $

Energy Burden = %

Agency Defined Priorities: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐