

Solo para uso oficial	
Puntos prioritarios	
A.C.C.	
Fecha del certificado de elegibilidad	

Agencia: **CAPK** Iniciales de ingreso: Fecha de ingreso:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA
--------	----------------------------	----------	-----------------------------------

DIRECCIÓN DE SERVICIO: Dirección en la que vive (*no puede ser un apartado de correos*)

Dirección de servicio	Número de unidad
-----------------------	------------------

Ciudad	Condado KERN	Estado CA	Código postal
--------	------------------------	---------------------	---------------

¿Es su dirección de servicio la misma que la dirección postal?..... Sí No

¿Ha vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses? Sí No

Fecha de Mudanza (Mes/Año)? _____/_____

¿Es propietario o alquila su vivienda?..... Propiedad Alquiler

¿Cantidad total pagada por el alquiler o hipoteca? _____

Recibe ayuda para la vivienda (HUD, Sec 8, etc.)?..... Sí No

¿Cómo se enteró del programa? _____

Dirección postal de envío	Número de unidad
---------------------------	------------------

Ciudad de envío	Condado de envío KERN	Estado de envío CA	Código postal de envío
-----------------	---------------------------------	------------------------------	------------------------

Número de Seguridad Social (SSN):										Número de teléfono ()
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------

Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono alternativo ()
----------------------------------	------------------------------------

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR		INGRESOS Indique el número total de personas que perciben ingresos	
---------------------------------------	--	--	--

Demografía. Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen: **Solo para uso oficial** *Introduzca el total de ingresos **brutos** mensuales de **todas** las personas que viven en el hogar:*

De 0 a 2 años		TANF / CalWorks	\$
De 3 a 5 años		SSI / SSP	\$
De 6 a 18 años		SSA / SSDI	\$
De 19 a 59 años		Cheques de pago	\$
Mayores de 60 años		Interés	\$
Discapacitados		Pensión	\$
Indígena americano		Otros	\$
Trabajador agrícola temporero o migrante		Total de ingresos mensuales	\$

No contable	\$
-------------	----

MIEMBROS DEL HOGARINTRODUZCA A CONTINUACIÓN LOS DATOS DE **TODOS** LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

Si en su hogar viven más de 6 personas, indique la información en una hoja de papel aparte.

SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante Usted mismo	Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar				
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):			Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 2

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar				
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):			Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 3

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar				
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):			Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 4

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar				
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):			Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 5				
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar				
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):			Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 6				
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar				
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):			Fuente de ingresos:	

Está usted o alguien de su hogar recibiendo ACTUALMENTE CalFresh (cupones de alimentos)? Sí No

FACTURA DE PAGO
 ¿A qué factura energética (ELEGIR SOLO UNA) desea que se aplique el beneficio de LIHEAP? (Adjunte copia completa de la factura o recibo más reciente).
 Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Queroseno Leña fabricada Pellets Otros combustibles
Introduzca la compañía energética y el número de cuenta:
 Nombre de la compañía: _____ Número de cuenta: _____
 ¿Le han cortado el servicio público? Sí No
 ¿Tiene algún aviso de morosidad? Sí No

¿Los servicios públicos están incluidos en el alquiler o están subcontratados? Sí No

¿Todos sus servicios son eléctricos? Sí No

¿Su compañía de gas natural es la misma que su compañía eléctrica? Sí No N/A todo es eléctrico

SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)
 ¿Se ha quedado sin combustible? (Madera, propano, petróleo, queroseno, otros combustibles) Sí No N/A
 Indique el número aproximado de días que faltan para que se le acabe el combustible (madera, propano, petróleo, queroseno, otros combustibles).
 Número de días: _____ No aplica

INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA
 Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS**. Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su vivienda.
Deberá proporcionar una copia de **todas** las facturas o recibos recientes de cualquier gasto energético doméstico.
 NOTA: Debe incluir la copia de una factura de luz aunque no utilice electricidad para calentar su vivienda.

¿Cuál es el principal combustible utilizado para CALENTAR su vivienda? **DEBE** marcar UNA fuente de calefacción principal.
 Gas natural Electricidad Madera Propano Combustóleo Queroseno Tronco leña Pellets Otros combustibles

Además de su fuente de calefacción principal, ¿utiliza alguna de las siguientes para calentar su casa (puede seleccionar más de una):
 Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Queroseno Leña fabricada Pellets Otros combustibles
 N/A todo eléctrico

¿Es usted el titular de la cuenta?: Factura de luz Sí No Factura del gas natural Sí No N/A todo es eléctrico

La información que aparece en esta solicitud se utilizará para determinar y verificar si cumpla los requisitos para recibir ayuda. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (Socios de CSD) y a mi compañía de servicios públicos y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de servicios públicos de mi hogar, el uso de energía u otra información necesaria para proporcionarme servicios y beneficios según se describe al final del formulario. Mi consentimiento será efectivo durante el periodo comprendido entre los 24 meses anteriores y los 36 meses posteriores a la fecha firmada a continuación. Entiendo que si mi solicitud de beneficios o servicios de LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta inoportuna o un desempeño insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito con el proveedor local de servicios y mi apelación será revisada dentro de los 15 días siguientes a su recepción. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor local de servicios, puedo apelar al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de conformidad con el Título 22, sección 100805 del Código de Reglamentos de California. Si procede, por el presente autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que figura en esta solicitud es verdadera, correcta y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para pagar mis gastos de energía.

X		
	*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***	Fecha

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). **UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO:** Programa de asistencia de energía en el hogar (HEAP). **AUTORIDAD:** La Sección 16367.6 (a) del Código Gubernamental nombra al CSD organismo responsable de la gestión del HEAP. **OBJETIVO:** La información que proporcione se utilizará para decidir si usted cumple los requisitos para recibir un pago de LIHEAP o servicios de climatización. **ENTREGA DE INFORMACIÓN:** Este programa es voluntario. Si decide solicitar ayuda, debe facilitar toda la información requerida. **OTRA INFORMACIÓN:** El CSD utiliza las definiciones estadísticas de la actualización anual de las Guías de Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la admisión al programa. Durante la tramitación de la solicitud, es posible que el subcontratista designado por el CSD tenga que pedirle más información para decidir si cumple los requisitos para uno o ambos programas. **ACCESO:** El subcontratista designado por el CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, si se utiliza, para determinar su admisión. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. El CSD no discrimina en la prestación de servicios por motivos de raza, credo religioso, color, origen nacional, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

TENGA EN CUENTA: Para que su solicitud se considere completa, TAMBIÉN DEBE completar, firmar y adjuntar el Formulario de "Client Education Confirmation of Receipt" (Confirmación de recibo de educación del cliente)" CSD 321).

SOLICITANTE: NO RELLENE LA INFORMACIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.

Programa de ayuda a los servicios públicos → HEAP Fast Track HEAP WPO ECIP WPO

_____ (HEAP Fast Track) **Beneficio base \$** _____ **Complemento \$** _____ **Beneficio total \$** _____

_____ (HEAP Fast Track) **Beneficio base \$** _____ **Complemento \$** _____ **Beneficio total \$** _____

_____ (HEAP Fast Track) **Beneficio base \$** _____ **Complemento \$** _____ **Beneficio total \$** _____

Asistencia de beneficio total \$ _____

Costo total de energía \$ _____ **Carga energética** _____

Servicios energéticos restablecidos tras la desconexión: Sí No

Se impide la desconexión de los servicios energéticos: Sí No

Hogar remitido para climatización: Hogar ya climatizado:

Solicitud recibida sin formulario de consentimiento CSD 081 para factura(s) de energía _____

Iniciales de admisión _____