

## LIHEAP INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

**Debido al gran volumen de solicitudes, podría tardar hasta varios meses en procesar su solicitud.**

Entrega o envía por correo a: CAPK Energy Program 300 19th St. Bakersfield, CA 93301

Abierto: Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (Excepto días festivos)

Para formularios adicionales o para enviar su solicitud por correo electrónico, visite nuestro sitio web: [energy.capk.org](http://energy.capk.org)

**Completar una solicitud no es una garantía de asistencia. No tiene que estar atrasado para ser elegible para los servicios. Sin embargo, debe seguir pagando su factura de energía o contactar a su proveedor de energía para establecer arreglos de pago para evitar la desconexión. La asistencia para su factura de energía solo se puede pagar una vez en un período de doce meses.**

### FACTURA DE ENERGÍA

Marque solamente, si se aplica a todo su hogar.

**Todas las facturas de energía deben tener al menos 22 días de facturación. Si tiene compañías separadas de gas natural y electricidad, debe proporcionar AMBAS facturas de servicios públicos.**

**FACTURA DE ELECTRICIDAD Y/O GAS NATURAL:** PG&E, SoCal Gas, or SoCal Edison

- Factura actual (todas las páginas) y, si corresponde, incluya aviso de 15 días, aviso de 48 horas o aviso de desconexión.

**PROPANO:** Debe obtener una estimación o proporcionar un recibo actual del proveedor de propano, madera o aceite combustible.

### INGRESOS DEL HOGAR

Marque solamente, si se aplica a todo su hogar.

**TODOS LOS INGRESOS DEL HOGAR DEBEN SER ACTUALES (dentro de los últimos 30 días) Y CONSECUTIVOS:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cash Aid/CalFresh – Verificación de beneficios   | <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI–Carta de Beneficios del año actual  |
| <input type="checkbox"/> Empleo - Talones de cheque (Semanal= 4; Quincenal= 2)  | <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos – Carta de beneficio del mes actual  |
| <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos – Impresión   | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores - Talones de cheque   |
| <input type="checkbox"/> Ayuda financiera (estudiante universitario) - Carta de beneficio   | <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación - Estado de cuenta mensual donde se muestre el ingreso bruto o una carta de beneficios vitalicia del año actual (no se aceptan estados de cuenta del banco) |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de EDD ( <i>el nombre DEBE estar en TODOS los documentos</i> )   |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• (Desempleo): Los talones de cheques con carta de beneficios que tiene su nombre completo y cantidad semanal o documentos en línea DEBEN incluir la página de perfil, la actividad de pago y 4 semanas de detalles de la transacción</li><li>• (SDI) Ingresos (Permiso Familiar Pagado, Seguro de Incapacidad): talones de cheques o actividad de reclamo con el registro de actividad</li></ul> |   |
| <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia: Formulario de impuestos 1040 actual firmado y fechado con todas las páginas del Anexo 1 y el Anexo C / C-EZ o E (Declaración de ganancias/pérdidas) o libro mayor dentro de los últimos 30 días  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Otro o Sin ingresos:</b> "Certificación de ingresos y gastos" (CSD 43B) con documentos de respaldo (el hogar que declare "Ingreso cero" debe proporcionar un formulario completo para cada individuo de 18 años o más)  |   |

**Asistencia de Climatización: (Se requiere un formulario con cada solicitud)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comprobante de dueño de la propiedad y el acuerdo de energía firmado por el dueño de la propiedad | <input type="checkbox"/> Contrato de renta y el documento de energía firmado por el inquilino y el dueño de la propiedad |
|--|--|

**\*\*Atención: Se pueden necesitar otros documentos que no se mencionan\*\***

### REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN

**TARJETA DE SEGURO SOCIAL:**  Se debe proporcionar la tarjeta de Seguro Social para el solicitante (**válida sin restricciones**).

**IDENTIFICACIÓN:**  Se debe proporcionar una identificación de California o una identificación válida de los Estados Unidos para el solicitante.

- **Se le notificará si su solicitud fue aprobada o incompleta por Correo de EE. UU. Tenga en cuenta que una vez que se complete su solicitud, el proceso puede demorar hasta 8-10 semanas para que el estado acredite su cuenta de energía.**
- **Las solicitudes a las que le falten documentos se considerarán incompletas y serán negadas.**

**Estado de California**

**Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitarios** Correo  Cita

Formulario de admisión de energía Asistencia para servicios públicos

Acondicionamiento contra las inclemencias del tiempo

CSD 43 (07/2024)

**Use tinta negra o azul**

<b>Solo para uso oficial:</b>	
Puntos prioritarios	
A.C.C.	
Fecha del certificado de elegibilidad	

Agencia: **CAPK** Iniciales de admisión: Fecha de admisión:

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 postal)

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

Ciudad	Condado <b>KERN</b>	Estado <b>CA</b>	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 <b>KERN</b>	Estado de envío <b>CA</b>	Código postal de envío
-----------------	---------------------------------	------------------------------	------------------------

Número de Seguridad Social (SSN):				-						Teléfono residencial ( )
-----------------------------------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--------------------------

Teléfono móvil ( ) ¿Acepta recibir mensajes de texto?  Sí  No

Dirección de correo electrónico:

<b>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR</b> Introduzca el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted		<b>INGRESOS</b> 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		<b>Total de ingresos mensuales</b>	<b>\$</b>

<input type="checkbox"/> <b>Marque aquí si usted o algún miembro de su hogar es empleado de CAPK.</b>	No contable	\$
---	-------------	----

**MIEMBROS DEL HOGAR**INTRODUZCA 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 <b>Usted mismo</b>	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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar				
¿Ha prestado servicio o es un familiar directo de alguien que sirvió en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?  <input type="checkbox"/> Sí, he prestado servicio  <input type="checkbox"/> Sí, soy el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que sirvió en el ejército de los Estados Unidos  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Se niega a declarar			Doy mi consentimiento para que esta agencia y CSD transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico, dirección postal y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos únicamente con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos a los que yo o un miembro de mi familia podamos ser elegibles. Entiendo que este consentimiento es válido durante 12 meses.  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar				
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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar				
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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar				
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):			Fuente de ingresos:	

<b>MIEMBRO DEL HOGAR 5</b>				
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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar				
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):			Fuente de ingresos:	

<b>MIEMBRO DEL HOGAR 6</b>				
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 Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar				
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):			Fuente de ingresos:	

<b>Está usted o alguien de su hogar recibiendo ACTUALMENTE CalFresh (cupones de alimentos)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>FACTURA DE PAGO</b> ¿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). <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite combustible <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Leña fabricada <input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Otros combustibles <b>Introduzca la compañía energética y el número de cuenta:</b> Nombre de la compañía: _____ Número de cuenta: _____ ¿Le han cortado el servicio público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene algún aviso de morosidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Los servicios públicos están incluidos en el alquiler o están subcontratados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Todos sus servicios son eléctricos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su compañía de gas natural es la misma que su compañía eléctrica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A todo es eléctrico
<b>SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)</b> ¿Se ha quedado sin combustible? (Madera, propano, petróleo, queroseno, otros combustibles) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: _____ <input type="checkbox"/> No aplica
<b>INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA</b> Las siguientes preguntas son <b>OBLIGATORIAS</b> . Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su vivienda. <b>Deberá</b> proporcionar una copia de <b>todas</b> 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. <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite combustible <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Leña fabricada <input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Otros combustibles
Además de su fuente de calefacción principal, ¿utiliza alguna de las siguientes para calentar su casa (puede seleccionar más de una): <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite combustible <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Leña fabricada <input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Otros combustibles <input type="checkbox"/> N/A
¿Es usted el titular de la cuenta?: Factura de luz <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Factura del gas natural <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A todo es eléctrico

La información que aparece en esta solicitud se utilizará para determinar y verificar si cumplo 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.

<b>X</b>		
	<b>*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***</b>	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 básico \$** \_\_\_\_\_ **Complemento \$** \_\_\_\_\_ **Beneficio total \$** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (HEAP Fast Track) **Beneficio básico \$** \_\_\_\_\_ **Complemento \$** \_\_\_\_\_ **Beneficio total \$** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (HEAP Fast Track) **Beneficio básico \$** \_\_\_\_\_ **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 \_\_\_\_\_

**CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE EDUCACIÓN DEL CLIENTE**

Nombre del inquilino

Dirección de la vivienda

**Confirmación de recibo**

Recibí la siguiente información:

- Educación sobre prácticas seguras de eliminación de plomo:** Una copia del folleto, *Renovate Right: Important Lead Hazard Information for Families, Child Care Providers, and Schools (Renovar correctamente: Información importante sobre los riesgos del plomo para familias, proveedores de cuidado infantil y escuelas)*, que me informa sobre el riesgo potencial de la exposición al plomo por actividades de renovación o acondicionamiento contra las inclemencias del tiempo que se hará en mi unidad de vivienda.
- Educación energética:** información relacionada con los cambios que puedo hacer para reducir el consumo de energía de mi casa.
- Educación sobre el moho y la humedad:** una copia del folleto, *A Brief Guide to Mold and Moisture In Your Home (Guía breve sobre el moho y la humedad en su casa)*, que me informa sobre cómo eliminar los problemas de moho residencial y cómo prevenir el crecimiento de moho.
- Orientación de presupuesto:** información relacionada con la gestión financiera personal.
- Educación sobre el radón:** Una copia del folleto, *A Citizen's Guide to Radon (Guía para ciudadanos sobre el radón)*, que me informa sobre el riesgo potencial del radón y cómo disminuir los niveles de radón en mi unidad de vivienda.
- Educación sobre asbesto:** Una copia del folleto, *FAQs About Asbestos in the Home and Workplace (Preguntas frecuentes sobre el asbesto en la casa y el lugar de trabajo)*, que me informa sobre cómo identificar los materiales que contienen asbesto en la casa, la exposición y los recursos disponibles.

Firma del destinatario

Fecha

**Opción de autocertificación**

Certifico que intenté entregar la siguiente información educativa a la vivienda mencionada arriba:

- Riesgos del plomo**     **Energía**     **Moho y humedad**     **Orientación de presupuesto**     **Radón**     **Asbesto**

Si la información se entregó, pero no se pudo obtener una firma, puede marcar la casilla adecuada abajo.

- Negarse a firmar:** Certifico que hice un esfuerzo de buena fe por entregar la información a la unidad de vivienda que se indica arriba en la fecha y hora que se mencionaron, y que el inquilino se negó a firmar la confirmación de recibo. Además, certifico que dejé una copia de la información en la unidad con el inquilino.
- No disponible para firmar:** Certifico que hice un esfuerzo de buena fe por entregar la información a la unidad de vivienda que se indica arriba y que el inquilino no pudo firmar la confirmación de recibo. Además, certifico que dejé una copia de la información en la unidad, deslizándolas por debajo de la puerta.

Fecha y hora de intentos de entrega

Fecha	Hora	Fecha	Hora	Fecha	Hora

Firma (Representante del organismo)

Nombre en letra de molde

**Opción de envío por correo:**

Certifico que envié la siguiente información educativa a la vivienda mencionada más arriba (se adjunta una copia del Certificado de envío por correo solo de la educación de los riesgos del plomo):

- Riesgos del plomo**     **Energía**     **Moho y humedad**     **Orientación de presupuesto**     **Radón**     **Asbesto**

Firma (Representante del organismo)

Nombre en letra de molde

Fecha de envío por correo

## CERTIFICACIÓN de ingresos y gastos

Se le pide completar este formulario, ya que usted ha solicitado ayuda, y se informó que su hogar no puede dar prueba de ingresos. El Estado de California requiere que el solicitante informe de todas las fuentes de ingresos. Este formulario nos ayudará a entender cómo usted cumple con los gastos. Por favor, complete la siguiente información:

Información del solicitante	
Nombre:	
Dirección:	

Sección 1: Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar?					
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido dinero por cualquier trabajo que se realiza sólo de vez en cuando, como trabajaren el jardín, cuidado de niños, la donación de sangre, etc?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido algún regalo de dinero? Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre y número de teléfono de la persona que le entregó el regalo:			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		COMPENSACION DEL	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		PAGOS DE	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE	LOS INGRESOS POR
					BENEFICIOS DE

Sección 2: Está gastando sus ahorros o dinero prestado para cubrir sus gastos mensuales?		
SÍ	NO	Está utilizando ahorros o un préstamo con garantía hipotecaria? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está utilizando algún otro activo (dinero)? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de las tarjetas de crédito? Cuánto? _____
SÍ	NO	Está pidiendo prestado de alguna otra fuente? Cuánto? _____

Put Notary stamp below, if needed (DOE only) or have  
Executive Director Sign here

Sección 3: Por favor, díganos cómo usted pagó estos gastos mensuales durante los meses anteriores:					
GASTOS	GASTOS MENSUALES	CÓMO EL GASTO HA SIDO PAGADO?	SI ALGUIEN PAGA POR SUS GASTOS, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:		
Alquiler o Hipoteca	\$		Nombre:	Teléfono:	
			Dirección:		
Facturas de servicios públicos	\$		Nombre:	Teléfono:	
			Dirección:		
Alimentos	\$		Nombre:	Teléfono:	
			Dirección:		

Sección 4: Si nada de lo anterior se aplica a usted, por favor explique cómo sus gastos mensuales se pagan:

**Firma:**

Al firmar este formulario, yo afirmo que yo creo que estos hechos son exactos y veraces. Doy al Proveedor de Servicios mi permiso para verificar esta información y puedo ser responsable bajo la ley federal o estatal por dar declaraciones falsas o fraudulentas.

**Firma del solicitante**
**Fecha**

## Department of Community Services and Development

### Formulario de autorización y consentimiento del titular de la cuenta

CSD Form 081 (Rev. 12/17)

#### 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 CA	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
--------------------------------	-------	---

#### 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





## PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA EL HOGAR APROVECHANDO AL MAXIMO SU DINERO

Los siguientes son tres sugerencias para ayudarle a administrar mejor sus finanzas:

### 1. **OBJETIVOS:**

Todos los miembros de la familia deben tener la oportunidad de decidir sus gastos diarios. Es recomendable hacer una lista y decidir cuales son sus gastos y prioridades mas importantes. Ayude a los miembros de la familia para recortar el gasto de dinero con el fin de obtener las cosas que son necesarias.

### 2. **EMPIECE A PLANEAR:**

Preguntese a usted mismo. . .

- a) ¿De dónde viene el dinero? – (incluye todas las fuentes)
- b) ¿Con qué frecuencia entra (semanal, mensual, anual)?
- c) ¿En qué tenemos que gastarlo? (Alquiler / hipoteca, servicios públicos, alimentos, transporte, ropa, lavandería, cuidado de niños, etc.)

### 3. **HACER AJUSTES:**

Si su saldo mensual es corto, se deben hacer cambios. Celebre una reunión familiar y pregúntele a cada uno cómo pueden ayudar a equilibrar los gastos con los ingresos. Cuando comience a tener dinero sobrante cada mes, póngalo en una cuenta de ahorros hasta que haya suficiente para hacer lo que todos querían hacer cuando se establecieron las metas. Si te quedas con él, ¡tu dinero hará más por ti de lo que nunca soñaste!

FINALMENTE..... Una regla general amplia sobre el uso de los ingresos:

- No se debe gastar más del 70% de los ingresos netos en costos de vida.
- No se debe gastar más del 20% de los ingresos netos en pagos de crédito
- No se debe gastar más del 10% de los ingresos netos en usted mismo (ahorros, recreación, etc.).

### **Por ejemplo, en términos de dólares eso significa:**

*Con un ingreso neto mensual de \$2,500:*

*\$1,750 para gastos de manutención  
500 para el pago de crédito  
250 para usted  
Ingresos netos totales de \$2,500*



## LISTA DE VERIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE EFICIENCIA ENERGÉTICA

### **1. PARA MANTENERSE CALIENTE DURANTE EL INVIERNO Y PARA ASEGURARSE DE QUE SU HORNO FUNCIONE DE MANERA EFICIENTE:**

- Ponte capas adicionales de ropa
- Mantenga el termostato del horno ajustado a 68 grados o menos durante el día
- Apague el piloto del horno durante el verano
- Nunca use su horno o estufa para calentar su hogar

### **2. PARA EVITAR EL DESPERDICIO DE AGUA CALIENTE:**

- Tome duchas cortas en lugar de baños
- Use agua fría o tibia en lugar de agua caliente, siempre que sea posible
- Ajuste el calentador de agua a 120 grados o medio
- Apague el calentador de agua a gas o el calentador de agua eléctrico cuando no esté en casa o estará vacante por más de dos días

### **3. PARA AHORRAR EN EL COSTO DE COCINAR:**

- No precaliente su horno porque los hornos alcanzan la temperatura correcta rápidamente
- Nunca abra el horno mientras la cocción está en curso
- Cubra las ollas y sartenes al cocinar. Ayuda a mantener el calor y permite que los alimentos se cocinen más rápido.

### **4. PARA MANTENERSE FRESCO DURANTE EL VERANO:**

- Mantenga las persianas y cortinas interiores cerradas durante el día para mantener el sol fuera.
- Ajuste la temperatura del aire acondicionado a 78 grados o medio

### **5. PARA AHORRAR DINERO TODOS LOS DÍAS DEL AÑO:**

- Apague todas las luces cuando no esté en uso
- Si sale de una habitación por más de 5 minutos, apague las luces
- No deje la puerta del refrigerador abierta más tiempo del absolutamente necesario
- Mantenga el refrigerador descongelado para que funcione de manera más eficiente
- Poner cargas completas en lavadora y secadora, usando agua fría para lavar y enjuagar la mayor parte del tiempo
- Cuando use un lavavajillas, solo lave las cargas completas y deje que los platos se sequen al aire
- Apague los electrodomésticos cuando no estén en uso.

**TENGA EN CUENTA:** Si tiene algún problema con sus aparatos de calefacción de gas, llame a la compañía de gas o a PG&E; revisarán sus electrodomésticos sin cargo.

## **MEDIDAS Y BENEFICIOS DE LA CLIMATIZACIÓN**

### **AISLAMIENTO DEL ÁTICO**

El aislamiento de celulosa se instala en el ático. El aislamiento ha sido tratado para ser ignífugo, resistente a las alimañas y no es perjudicial para su salud. Ayuda a mantener el calor en el interior en el invierno y en el exterior en el verano.

### **CALENTADOR DE AGUA CALIENTE MANTA**

Una manta de fibra de vidrio envuelta de forma segura alrededor del tanque de su calentador de agua ayuda a reducir la cantidad de pérdida de calor, reduciendo su factura de calentamiento de agua.

### **CABEZAL DE DUCHA DE BAJO FLUJO**

Cuando se instala, este cabezal de ducha le brinda una buena ducha caliente mientras usa solo la mitad del agua y la energía necesarias para calentar el agua.

### **CAULKING**

El calafateo instalado alrededor de los marcos de las puertas, ventanas y pequeñas grietas ayuda a mantener el aire, la suciedad y la humedad fuera. El calafateo ayuda a reducir la cantidad de energía perdida en estas áreas de infiltración.

### **BURLETES DE PUERTAS**

El burlete se instala para dar a la puerta un ajuste perfecto. Detiene las fugas de aire y mantiene la suciedad, el ruido y la humedad no deseados fuera del hogar, reduciendo así el uso de energía. El burlete puede requerir ajustes dependiendo de los cambios en el clima.

### **INTERRUPTOR Y SALIDADEJAR TAPAS DE JUNTAS**

Las cubiertas de juntas de espuma se instalan debajo de la toma de corriente eléctrica y las cubiertas de interruptores en todas las paredes exteriores. Los excesos de junta ayudan a reducir la cantidad de infiltración y la pérdida de energía.

### **REPARACIONES MENORES EN EL HOGAR**

Se realizan varias reparaciones en el hogar cuando es posible. Pueden incluir el reemplazo de puertas, ventanas, vidrios rotos, agujeros de parches, topes y marcos de puertas, etc.

### **REEMPLAZO DEL FILTRO DEL HORNO**

Los filtros del horno se sustituyen por un filtro reutilizable. Un filtro limpio ayuda a que nuestro sistema de calefacción y refrigeración funcione de manera más eficiente, ahorrándole dinero.

**¡LLAME AL 211 PARA MÁS INFORMACIÓN!**



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

Dwelling Information			
Select the Dwelling Type		I am the	
Single-Family <input type="checkbox"/>	Mobile Home <input type="checkbox"/>	Multi-Unit <input type="checkbox"/>	Owner-Occupant <input type="checkbox"/> Tenant <input type="checkbox"/>
Owner-Occupant or Tenant Information			
Owner-Occupant or Tenant (Print or type name)		Address	
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Telephone Number
Owner-Occupant or Tenant Email Address			Owner-Occupant or Tenant FAX Number

**Owner-Occupant or Tenant Acceptance of Terms for CSD Weatherization Services**  
*(to be completed by the Owner-Occupant or Tenant)*

I agree to accept the following TERMS required for my primary residence to receive services from the Department of Community Services and Development (CSD) weatherization programs(s):

1. I certify that the above-listed property is my primary residence.
2. I (the Owner-Occupant or Tenant), grant the Contractor/Agency permission to enter my dwelling to perform assessments, conduct diagnostics, take photos only of weatherization work to be performed or deferred (as it relates to individual or whole house services), install feasible weatherization services and perform inspections in accordance with CSD weatherization program policies and standards to the above-listed dwelling.
3. I acknowledge that an assessment of my dwelling is necessary to determine the work that can be performed and that the work that is available may be limited due to the needs and condition of my residence. Identified work may not be provided if it does not meet all program requirements and specifications and may lead to full or partial deferral of work. My refusal of certain work may prevent the installation of other identified work in accordance to program requirements.
4. I hereby release and pledge to hold harmless the Contractor/Agency listed below, and its staff, from any liability in connection with the work identified on a summarized list, except as a consequence of gross negligence or willful and wanton misconduct.
5. I authorize the Contractor/Agency to access my utility company records to obtain only energy usage data for a period of one year before and two years after weatherization measures are installed.
6. I grant the Contractor/Agency, local, State and/or Federal inspectors permission to enter the dwelling after reasonable notice to perform inspections to verify the existence and quality of work performed by the Contractor/Agency and compliance with local, State, and/or Federal building codes and programmatic guidelines and acknowledge that a permit may be required for specific weatherization work. I understand that I may be held financially responsible for the weatherization work if I refuse to allow access for inspection and permitting purposes.
7. I shall not remove any permanently installed energy conservation measures unless they are damaged or no longer functional in the residence from where they were installed.

**Additional Certifications For Owner-Occupants ONLY:**

8. I acknowledge and agree that this property is not for sale at the time of qualifying for the program and will not be offered for sale or otherwise distributed for at least sixty days following the completion of weatherization services.
9. Mobile home units only: I acknowledge that I may not receive services that require a permit if the registration on the mobile unit is not up-to-date.

**Additional Certifications For Tenants ONLY:**

10. I acknowledge that the Rental Property Owner must grant the Contractor/Agency the same permissions by signing CSD 515B Energy Service Agreement for Rental Property Owner before any services are rendered.



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

11. I understand that the Property Owner cannot raise the rent of the unit for a period of two years from the date of weatherization because of the increased value of the unit due solely to weatherization measures provided by the Contractor/Agency (allowable factors for rent increase include an actual increase in property taxes, actual cost of amortizing other improvements to the property accomplished after the date of work completed by the Contractor/Agency, or actual increases in expenses of maintaining and operating this property).
12. I acknowledge that I have been provided a copy of this Agreement explaining its terms effective for a two year period after weatherization services have been completed. Complaint Process: In the event the provisions of this Agreement related to increased rent or the landlord's failure to decrease utility costs for master metered units are not met, tenants may contact the Contractor/Agency to submit a verbal or written complaint, which will be investigated by the Department of Community Services and Development. Contractor/Agency contact information is located on this Agreement under the section entitled, "Contractor/Agency Assurance."
13. I may retain the replacement energy conservation measure installed by the CSD weatherization program(s) if the replaced appliance was my personal property .

I CERTIFY THAT I am the Owner-Occupant or Tenant residing in the dwelling listed above that serves as my primary residence and that all given statements are true and correct to the best of my knowledge. I have read and understand these TERMS and RELEASE, and agree to be bound by all of its terms and conditions in order to receive weatherization services under the CSD weatherization program(s).

Owner-Occupant or Tenant's Signature	Date

### Contractor/Agency Assurance

Contractor/Agency (Print name)		Address	
CAPK		300 19th Street	
CSLB Number (if applicable)	City	ZIP Code	Contractor/Agency Telephone Number
607456	Bakersfield	93301	661-336-5203
Contractor/Agency Email Address			Contractor/Agency FAX Number
energy.capk.org			661-336-5263

*The Contractor/Agency agrees to the following:*

1. Shall be responsible for the feasible cost of weatherization measures performed other than cash contribution from the Owner or Owner Agent, if applicable, and any subsequent non-compliance.
2. Shall ensure that the Contractor/Agency is properly insured.
3. Shall ensure that work is conducted in a professional manner and meets program and building code standards.
4. Shall not make any significant structural changes to the dwelling without requesting written permission specifically describing the change from the dwelling owner.
5. Shall provide in writing a list of all weatherization measures installed in the unit.
6. Shall assure that the owner, or owner's agent, and tenant data shall be maintained in a confidential manner to assure compliance with the Information Practices Act of 1977, as amended, and the Federal Privacy Act of 1974, as amended.

Agency Program Manager's Signature	Agency Program Manager's Name (Print name)	Date

**CSD DWELLING ASSESSMENT FORM**

**Additional Assessor Notes**

**Section 16: Acceptance of Services**

**Homeowner/Landlord Acceptance of Work Scope**

I, (print name) \_\_\_\_\_, the undersigned, understand and agree to the following work scope:

- a. These services are free of charge to the property owner/landlord (and tenant, if a rental). Installation of any measure—requires removal from the premises and proper disposal of the old appliances/materials that are replaced.
- b. The actual work scope performed may vary slightly from the original assessment after work commences, due to discovery of unforeseen circumstances, such as the following: a measure turns out to be unfeasible, safety issues arise, funding changes occur, or other pertinent factors evolve. Should this happen, the Weatherization Contractor representative will explain why changes are necessary and what my options are before work is continued.
- c. I acknowledge that, if installed, the mechanical ventilation measure does not account for high polluting sources nor does the system guarantee good indoor air quality. During times of high air pollution (e.g., wildfires, etc.), I will instruct the dwelling occupants to temporarily shut-off the system to prevent intrusion of unhealthy air. The weatherization program and the Weatherization Contractor shall be held harmless if the homeowner/occupants neglect to follow this recommendation.
- d. The measures listed below would require installation in areas of the home where there are presumed asbestos-containing materials (a determination based on the dwelling age or material appearance, not as determined by testing). Therefore, the following measures are excluded from the final work scope:

1.	2.
3.	4.

e. I recognize that refusal of certain program measures may require this dwelling to be deferred from weatherization. This process has been explained to me by the Weatherization Contractor.

I, the undersigned, hereby agree to allow all work described herein to be performed, or  I decline installation of the following measure(s):

1.	2.
3.	4.

f. I further agree to allow all installed measures to be inspected and checked by the Agency and a State third party inspection entity upon request. \_\_\_\_\_ (Initial)

I am the  Owner,  Landlord • Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Tenant Acceptance of Work Scope**

**Not applicable**

By signing below, I, \_\_\_\_\_, the tenant of the dwelling/property:

- Agree** to accept all of the work scope as described in the Homeowner/Landlord Acceptance of Work Scope above, or
- Decline** installation of the following measure(s):

1.	2.
3.	4.

- a. If the dwelling is a rental, I agree that any of the following items *owned by the Landlord and qualifying for installation*, shall *remain* in the dwelling when I move out. Check all that apply:  Refrigerator,  Microwave Oven,  Dishwasher,  Clothes Washer,  Clothes Dryer,  Cooktop/Range/Built-in Oven (as present),  LED Torchiere Lamps,  CO Alarms,  Thermostats,  Ceiling Fans,  Wood-burning Stove,  Window-mount Air Conditioner, and/or  Evaporative Cooler.
- b. I further agree to allow all installed measures to be inspected and checked by the Agency and a State third party inspection entity upon request.

Signature(s) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_