



USTED MANDAR POR CORREO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- **IDENTIFICACION CON FOTO RECIENTE (REAL ID):** (LICENCIA DE MANEJO o ID DE LOS ESTADOS UNIDOS) DE CADA UNO DE LOS ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR (CASA). SI SU IDENTIFICACION DICE “**FEDERAL LIMITS APPLY**” FAVOR DE TRAER CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE EE.UU., PASAPORTE DE LOS EE.UU., TARJETA DE INDIOS AMERICANOS CON EL CODIGO DE CLASIFICACION KIC O UN DOCUMENTO QUE COMPRUEBE QUE RECEIBE BENEFICIOS DE SSI O SSA.
- **TODAS LAS PAGINAS DE SU FACTURA DE ENERGIA MAS RECIENTES:** (PG&E, TID, MID, PROPANO, LEÑA, ETC.) DEMOSTRANDO EL NÚMERO DE CUENTA, NOMBRE, DIRECCION FISICA, DIRECCION POSTAL, FECHA DE LA FACTURA Y FECHA DE VENCIMIENTO, TOTAL DE CARGOS ACTUALES Y ATRASADOS. **FAVOR DE TRAER TODAS SUS FACTURAS DE ENERGIA.**
 - **POR FAVOR MANDE TODAS SUS FACTURAS DE ENERGIA.** Si tiene MID (electricidad) y PG&E (gas) por favor mande ambas facturas. Si tiene una compañía de gas propano (gas) y PG&E (electricidad) por favor mande ambas facturas.
- **TARJETAS DE SEGURO SOCIAL:** DE TODOS LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR (CASA). TARJETA DE MEDI-CAL, ACTA DE NACIMIENTO O TARJETA DE VACUNAS, SERAN ACEPTADAS PARA LOS NIÑOS SOLAMENTE.
- **PRUEBA DE INGRESOS DE TODAS LAS PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR (CASA) DE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS:** INCLUYE TODOS LOS INGRESOS, ASISTENCIA PUBLICA, SEGURO SOCIAL, INCAPACIDAD, APOYO DE NIÑOS, DESEMPLEO, PENSION, SI ALGUIEN VIVENDO FUERA DEL HOGAR PROPORCIONA ALGUNA ASISTENCIA MONITARIA NESECITA TRAER UNA CARTA DE ESA PERSONA QUE INCLUYA LA CANTIDAD DE ASISTENCIA. **TODO COMPROBANTE DE INGRESO DEBE TENER FECHA RECIENTE DENTRO DE LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS.**
 - Si su ingreso es de empleo, por favor mande copias de sus talones de cheque que cubran un mes de ingreso en bruto antes de deducciones (si tiene múltiples talones, tienen que ser consecutivos)
 - Si su ingreso es del seguro social, por favor mande una copia de su carta anual de beneficios, o copia del estado de cuenta de su banco enseñando que tiene depósito directo, o la(s) copia(s) de su más reciente cheque.
 - Si su ingreso es de pensión/retiro, por favor mande copias de su talón mas reciente que cubra un mes de ingreso o una carta de beneficios actual dentro de las últimas 6 semanas.
 - Si su ingreso es de Beneficio de desempleo por favor mande sus talones de cheques (tienen que ser consecutivos), su carta de aviso de beneficios actual dentro de las últimas 6 semanas.
 - Si su ingreso es de compensación de trabajador (Workers compensation) por favor mande copia de sus talones de cheque o carta de beneficios actual.
 - Si usted está empleado por sí mismo, o recibe ingreso de alquiler por favor mande la copia de sus impuestos recientes. La forma 1040 y 1040 schedule 1. La forma 1040, Schedule 1 debe enseñar el ingreso en la línea 12 o 17 para ser válida. Schedule C (si esta empleado por sí mismo), o Schedule E (si tiene ingreso de alquiler) tienen que ser enviados en compañía de la forma 1040.
 - Si su ingreso es de asistencia pública (TANF) tiene que mandar su Noticia de Acción o su “Passport to Services” o su estado de cuenta del banco enseñando el depósito directo.
 - Si su ingreso es de apoyo de niño por favor mande la copia del estado de cuenta más reciente enseñando el depósito directo o su carta mensual más actual. Si el apoyo de niño que recibe es por mutuo acuerdo con el otro padre por favor mande una carta escrita por la persona que paga diciendo cuanto pago en las últimas 4 semanas. La carta tiene que contener el nombre de la persona que está pagando y su firma, la fecha que la carta fue escrita, y el número de teléfono.
 - Si su hogar no tuvo ingresos en las últimas semanas por favor llene la forma CSD 43B.

Por favor NO USE CORRECTOR en su aplicación.

**Si tiene cualquier pregunta por favor no dude en hablarnos al
(209)723-3201**

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo

Formulario de ingresos para la prestación de energía

CSD 43 (10/2017)

<i>Solo para uso oficial:</i>	
Puntos de prioridad	
A.C.C.	
Fecha de cert. de aptitud	

Agencia:	Iniciales de admisión:	Fecha de admisión:		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	
DOMICILIO DE SERVICIO – Domicilio de residencia (no casilla de correo)				
Domicilio de servicio			Número de unidad	
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	
¿Ha vivido en este domicilio durante los últimos 12 meses de corrido?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Su domicilio de servicio es el mismo que su domicilio de residencia?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Domicilio postal			Número de unidad	
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	
Número de seguridad social (SSN):				Número de teléfono ()
Correo electrónico:				

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Ingrese la cantidad total de personas que viven en el hogar, incluido usted	→	INGRESO Ingrese la cantidad total de personas que reciben ingresos	→
○		○	
<i>Datos demográficos: ingrese la cantidad total de personas en su hogar con las siguientes características.</i>		<i>Indique el ingreso mensual bruto total de todas las personas que viven en el hogar:</i>	
0 a 2 años de edad		TANF / CalWorks	\$
3 a 5 años de edad		SSI / SSP	\$
6 a 18 años de edad		SSA / SSDI	\$
19 a 59 años de edad		Cheque(s) de pago	\$
60 años de edad o más		Intereses	\$
Discapacitado		Pensión	\$
Nativo americano		Otro	\$
Trabajador agrícola estacional o migrante		Ingreso mensual total	\$

INTEGRANTES DEL HOGAR					
INGRESE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR.					
Si en su hogar viven más de 7 personas, incluya la información en una hoja adicional.					
Nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Monto del ingreso bruto total (Antes de impuestos y deducciones)	Fuente de ingresos
		Usted			
Monto del ingreso bruto mensual total del hogar				\$	
¿Usted o alguien de su familia recibe ACTUALMENTE CalFresh (Cupones para alimentos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

FACTURA DE PAGO

¿A qué factura de energía (ELIJA SOLO UNA) desea que se aplique el beneficio LIHEAP? (Adjunte una copia completa de la factura o recibo más reciente)

Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible

Ingrese la empresa de energía y el número de cuenta:

Nombre de la empresa: _____ Nro. de cuenta: _____

¿Su servicio público está interrumpido? Sí No

¿Recibió una notificación por atraso? Sí No

¿Sus servicios públicos están incluidos en la renta o cuenta con medidor adicional? Sí No

¿Sus servicios públicos son todos eléctricos? Sí No

¿Su empresa de gas natural es la misma que su empresa eléctrica? Sí No

SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)

¿Actualmente no tiene combustible? (Madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles) Sí No N/C

Indique la cantidad aproximada de días que quedan antes de que se quede sin combustible (Madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles). Cantidad de días: _____ N/A

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 natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible

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

Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible N/C

Usted es el titular de: la factura de electricidad Sí No la factura de gas natural Sí No

La información de la presente solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar a continuación, otorgo mi consentimiento (permiso) al CSD, sus contratistas, consultores y otras agencias federales o estatales (socios del CSD) y a mi empresa de servicios públicos y a sus contratistas para compartir 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 que comienza 24 meses antes de la fecha de firma que se consigna a continuación y que continúa 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 del Título 22 del Código de Normas de California. Si corresponde, autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costos a mi cargo. Declaro, bajo pena por falso testimonio, que la información que se incluye en la presente solicitud es verdadera y correcta, y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para los pagos de mis costos de energía.

X

*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***

Fecha

NOMBRE DE LA AGENCIA: Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia en Energía Doméstica (HEAP). AUTORIDAD: el Artículo 16367.6 (a) del Código de Gobierno designa al CSD como la agencia responsable del manejo del HEAP. OBJETO: la información que usted proporciona se utilizará para decidir si resulta apto para el pago de LIHEAP o los servicios de climatización. ENTREGA DE INFORMACIÓN: este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información solicitada. OTRA INFORMACIÓN: el CSD emplea definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas sobre Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Estado del Departamento de Servicios Sociales y de Salud para determinar la aptitud para el programa. Durante el procesamiento de la solicitud, el subcontratista designado del CSD podría necesitar más información para decidir respecto de su aptitud para uno o ambos programas. ACCESO: el subcontratista designado del CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, de ser utilizada, para determinar su aptitud. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. El CSD no discrimina al momento de prestar sus servicios por motivos de raza, religión, color, nacionalidad, ancestros, discapacidad física, discapacidad mental, enfermedad, estado civil, sexo, edad ni orientación sexual.

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

Asistencia para servicios públicos que se proporciona a través de qué programa → HEAP Fast Track HEAP WPO ECIP WPO

Beneficio base \$ _____ Complemento \$ _____ Beneficio total \$ _____

Costo total de energía \$ _____ Porcentaje de ingresos invertido en energía _____

Servicios de energía restablecidos después de la desconexión: Sí No Desconexión de los servicios de energía evitada: Sí No

Hogar referido para WX: Hogar climatizado:

**Merced County Community Action Agency
Energy/Weatherization Department
1235 W. Main St. – P.O. Box 2085 – Merced, CA**

LIHEAP APPLICANT FINANCIAL MANAGEMENT COUNSELING

Participante: _____
 (Apellido) (Nombre) (I) (Domicilio) (Ciudad y código postal) (# de Teléfono)

Nombre del programa en el que se solicita asistencia: _____

1. Ingresos mensuales del hogar:
 - a. Fuente de Ingresos: _____
 - b. Ingreso en bruto: _____
 - c. Ingreso en neto: _____
(después de deducciones)
2. Obligaciones mensuales del hogar -
(facturas mensuales)
 - a. Renta/Hipoteca: _____
 - b. Comida/gastos del hogar: _____
 - c. Pago de tarjetas: _____
 - d. Pago de TV/Cable: _____
 - e. Pago de Teléfono: _____
 - f. Pago de agua/basura: _____

- g. Pagos de utilidad: _____
(PG & E, MID, TID, Propano, etc.)
- h. Pago de Transportación: _____
- i. Pago de carro: _____
- j. Otros pagos mensuales (sea específico)

- _____
- _____
- TOTAL DE GASTOS: \$ _____

Los participantes de los programas de asistencia directa de CAA deben presentar pruebas documentadas de ingresos mensuales.

3. Posible dinero disponible después de pagar las obligaciones mensuales:
\$ _____

4. Problemas – (Porque el solicitante necesita asistencia financiera de CAA?)

5. Recomendación: MCCAА ayudara a pagar parte o el total de la obligación de la compañía de servicios.

Nombre de compañía de utilidad:

- a. CAA pagara: _____
- b. El aplicante debe pagar la diferencia o hacer arreglos con la compañía de utilidad sobre el saldo restante.

El representante de Merced County Community Action Agency me proporcionó con asesoramiento de gestión financiera. Durante el asesoramiento, me informó que para poder recibir asistencia con mi factura de _____, yo debo pagar \$ _____ o hacer arreglos con mi compañía de utilidad por esta cantidad. Yo entiendo que debo pagar mi parte antes de que MCCAА pague en mi nombre.

 Firma del participante Fecha Firma del trabajador de admisión Fecha

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DEL CLIENTE

SS# _____ Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad _____ Domicilio _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____ - _____ - _____

Información del hogar/ Solicitante

Genero	Discapacitado	Estampillas de Comida	Veterano	Seguro Medico
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
Etnicidad	Educación	Agricultores	Tipo de Familia	Alojamiento
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> 0-8	<input type="checkbox"/> Agricultor	<input type="checkbox"/> Padre Soltero	<input type="checkbox"/> Renta
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> 9-12	<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> Madre Soltera	<input type="checkbox"/> Dueño
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> HS Grad/GED	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Dos Padres	<input type="checkbox"/> Sin Hogar
<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> 12+		<input type="checkbox"/> Individuo	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Grado Universitario		<input type="checkbox"/> Pareja	
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Otro	
Numero en la casa: _____	Fuente de Ingreso	<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> TANF (AFDC)	<input type="checkbox"/> Pensión
	Total de Ingreso: _____	<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Asistencia General	<input type="checkbox"/> Discapacidad
		<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> SSI/SSD	<input type="checkbox"/> Otro_ _____

Información de los miembros del hogar (use la página de atrás para miembros adicionales)

SS#				
Apellido				
Nombre				
Fecha de Nacimiento				
Edad				
Genero				
Discapacitado				
Etnicidad				
Educación				
Seguro Medico				
Veterano				

I certify that this statement is true and correct to the best of my knowledge, and authorize the release of any and all information necessary for verification purposes.

Yo certifico que esta declaración es cierta y correcta, y autorizo el uso de esta información para propósito de verificación.

Firma del Cliente

Fecha

Información de miembros adicionales

SS#			
Apellido			
Nombre			
Fecha de Nacimiento			
Edad			
Genero			
Incapacitado			
Etnicidad			
Educación			
Seguro Medico			
Veterano			

Ha recibido servicios de alguno de los programas nombrados abajo en los últimos 30 días? Si
 No

<input type="checkbox"/> Servicios comunitarios <input type="checkbox"/> Climatización	<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Desarrollo Infantil <input type="checkbox"/> Preescolar Estatal	<input type="checkbox"/> Meals-on-Wheels <input type="checkbox"/> Proyecto CHERISH	<input type="checkbox"/> Alojamiento <input type="checkbox"/> WIC
---	--	---	--

<input type="checkbox"/> HEAP <input type="checkbox"/> Fast-Track Dispensa de comida	<input type="checkbox"/> Asist. de inquilinos <input type="checkbox"/> Alojamiento <input type="checkbox"/> Ropa <input type="checkbox"/> Nutrición 3ra edad	<input type="checkbox"/> Servicios de WIC <input type="checkbox"/> Padre involucrado <input type="checkbox"/> Asesoramiento	<input type="checkbox"/> Referencias <input type="checkbox"/> Servicios sociales <input type="checkbox"/> Servicios de salud <input type="checkbox"/> Salud Mental	<input type="checkbox"/> Discapacidades <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Cuidado de niño <input type="checkbox"/> Primeros auxilios <input type="checkbox"/> REACH
--	---	---	---	--

Notas/Comentarios:

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	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