

Instrucciones para la Aplicación 2015

Entregue los siguientes documentos con su aplicación para climatización

☐ Verificación de energía:

● **Aceptable (factura debe tener cargos mensuales actuales)**

- ✓ Todas las paginas de su factura reflejando su uso y costo de electricidad y gas. Por ejemplo factura de servicios con PG&E o The Gas Company o Southern Cal Edison
- ✓ Recibo de Propano, Leña, o Aceite
- ✓ Factura de renta si los cobros de electricidad y gas son incluidos en su renta

● **No se aceptan las siguientes facturas:**

- Aviso de 48 horas o de 15 días
- Facturas de Cuentas ya Cerradas
- Las facturas con servicios de 22 días o menos
- La factura separada/incompleta

☐ Identificación de California o federal de los estados unidos

- Aplicante
- Miembros de la familia de 60 años o mayor

☐ Tarjeta de Seguro Social:

- Aplicante
- Miembros de la familia de 18 años o mayor

☐ Verificación de Ingresos de cada miembro (19 años o más)

Reflejar los Ingresos recibidos por mensualidad. Los documentos deben tener la fecha dentro de las últimas seis semanas

- ✓ Los talones de cheques (semanas consecutivas)
- ✓ Beneficios de Desempleo (EDD) (semanas consecutivas)
- ✓ Beneficios de Incapacidad (semanas consecutivas)
- ✓ Carta anual de SSI/SSA/SSP o estado de cuenta del banco
- ✓ Beneficios de Veteranos o mensualidad de Pensión
- ✓ Reporte de CalWIN que incluya los miembros de familia en el caso
- ✓ Verificación de manutención de menores
- ✓ Empresarios: Presente su diario de ventas del mes corriente
- ✓ Estudiantes de colegio o universitarios: Verificación de asistencia por beca o préstamo estudiantil
- ✓ ¿Sin ingreso? Si algún adulto se declara sin ingreso, otros documentos serán requeridos.

☐ Incluya lo siguiente:

- ✓ Reporte de estampillas de comida que incluya los miembros de familia en el caso
- ✓ Escrituras o registro de propiedad para casa mobil
- ✓ Forma de Demografía completa
- ✓ Inquilino: Forma de Energy Service Agreement for Rentals completa
- ✓ Inquilino y dueño de propiedad: Forma de Homeowner/Landlord Acceptance of Services completa

Las aplicaciones incompletas no serán aceptadas

¿PREGUNTAS? LLAME: (559) 263-1588

Las llamadas telefónicas serán contestadas de Lunes a Viernes 8:30 a.m. - 4:30 p.m.

Envíe o traiga su aplicación a:	Horas de las solicitudes:	Días de aceptación de las solicitudes:
1900 Mariposa Mall, Suite 260 Fresno, CA 93721	8:30 a.m. a medio día y 1 p.m a 4:30 p.m.	Lunes, Martes, Miércoles y Viernes Cerrado los Jueves



Priority Points	A.C.C. (Agency Control Code)	Data Entry Date:	Staff Initials:

Por favor, use pluma negro o azul

Agency: Fresno EOC		Intake Initials:	Intake Date:	Eligibility Cert Date:
Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento	
			M	M
			D	D
			Y	Y
Domicilio en que se recibe el servicio de energía (No use Apartado Postal - P.O. Box)			Número de Unidad/Apartamento	
Ciudad (en que se recibe el servicio)	Condado	Estado	Código Postal	
	Fresno County	CA		
Domicilio Postal	<input type="checkbox"/> Marque si es igual que la dirección del servicio			Número de Unidad/Apartamento
Ciudad (de su domicilio postal)	Condado	Estado	Código Postal	
Número de Seguro Social (SSN):		Número de Teléfono: ()	<input type="checkbox"/> 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	
Limited-English Speaking	
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 aquí si sus servicios están incluidos en la renta o sub-medido Marque aquí si sus utilidades es solo electricidad

* Preguntas 1-5 (abajo) son obligatorios.

1. ¿Cuál es el principal combustible que se utiliza para calentar su casa? (SELECCIONE SOLO UNA)

Gas Natural Propano Leña Otro Combustible
 Electricidad Aceite Combustible Queroseno No lo se

2. Además de la principal combustible para calefacción que figuran en la pregunta 1, ¿usas alguno de los siguientes para CALENTAR su hogar (puede marcar más de una):

Electricidad (como calentador de espacio) Leña (en un chimenea o estufa de leña) N/A

3. Si eligió gas natural o electricidad en la Pregunta 1:

¿ Tiene actualmente un aviso de pago atrasado? Si No N/A

¿ Es el gas o la electricidad actualmente apagado o desconectado? Si No N/A

4. Si elegiste propano, aceite combustible, madera o otra combustible en la pregunta 1:

Aproximadamente, ¿cuántos días hasta que se quede sin combustible por completo? (Indique el número de días): N/A

Actualmente, ¿está sin propano, aceite combustible, leña u otro combustible? Si No N/A

5. ¿Usted o alguien en su casa ACTUALMENTE recibe CalFresh (estampillas de comida)? Si No

La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda. Con mi firma doy autorización 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 con el fin de proporcionar servicios a mí y a coordinar, mejorar y reducir los costos de servicios bajo estos programas. Además autorizo a mi compañía (s) utilidad para proporcionar mis datos de consumo de energía a CSD en la medida necesaria para CSD para cumplir con el programa informando los requisitos del gobierno federal. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor durante tres años a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por mí por escrito. 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 más que 15 días después de que la apelación se solicita. Si yo no estoy satisfecho con la decisión del proveedor de servicios entonces puedo apelar al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD) conforme al Titular 22, Código de California sección 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 únicamente 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 reúne 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 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.

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

> Cash Assistance being provided under which program --> HEAP Fast Track Benefit \$ _____ Supplement \$ _____ Total Benefit \$ _____

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

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

Type of Dwelling: MFD - Owner, 2 - 4 units Mobile Home - Owner Shelter: # of units _____ Unoccupied MFD: 2 - 4 units

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

SFD - Rental, 1 unit MFD - Owner, 5 or more units MFD - Rental, 5 or more units Energy Cost = \$ _____ Energy Burden = _____ % Sec 8 = Y / N

Agency Defined Priorities: Medically Needy Frail Elderly Severe Financial Hardship Hard To Reach Priority Offsets

2015 LIHEAP - INFORMACION DEL HOGAR

Resumen de Hogar

Proporcione los nombres de todos los miembros en su hogar. Incluya los ingresos de cada miembro de su familia de un mes durante las últimas 6 semanas.

	Nombre Completo de todos en su hogar	Relación (Esposa, hija, esposo, etc.)	Edad	Género masculino / femenino	Incapacitado Si / No	Fuente de ingresos (SSI, TANF, UIB, etc.)	Ingreso mensual en bruto
1		<i>Aplicante</i>		M / F	S / N		\$
2				M / F	S / N		\$
3				M / F	S / N		\$
4				M / F	S / N		\$
5				M / F	S / N		\$
6				M / F	S / N		\$
7				M / F	S / N		\$
8				M / F	S / N		\$
9				M / F	S / N		\$
10				M / F	S / N		\$
Ingreso total del hogar:							\$

Composicion de la Familia (Seleccione sólo una)

(Seleccione sólo una) → Padre Soltero/femenino Hogar con dos padres Una Persona
 Padre Soltero/masculino Dos adultos sin niños Otro

(Seleccione sólo una) → Agricultor Campesino Temporal Campesino Migrante Ninguno?

Cuestionario

Energía	1. ¿Ha sido su domicilio climatizado por parte del programa Fresno EOC? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Si su repuesta es no, su aplicación será referida al programa de climatizacion.
	2. ¿Esta en el programa de CARE para un descuento en su cuenta de energía? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	3. ¿Tiene usted Medical Baseline con PG&E debido a una condición médica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Demografico	4. ¿Cómo se enteró acerca del programa LIHEAP?
	5. ¿Usted <input type="checkbox"/> renta o <input type="checkbox"/> es dueño de su vivienda?
	6. ¿Recibe usted asistencia para su renta (Seccion 8, HUD, u otro)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Si contestó sí, ¿recibe ayuda para el pago de su utilidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	7. ¿Es usted o algún miembro de su casa: un empleado de Fresno EOC, un miembro de la mesa , o un pariente de alguna persona ya mencionada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>(if yes, COI form required)</i>

Confirmación de Recibo

He recibido la siguiente información:

Educación de Energía - Información sobre los cambios que puede hacer para reducir el consumo de energía de su hogar.

Consejería Presupuesto - Informacion sobre manejo personal financiero.

Firma del Beneficiario (No firme hasta que recibida las formas)	Fecha
---	-------

Esta sección es sólo para uso oficial. Mailing Option:

I certify that I have mailed the following information to the address listed on CSD43: Energy Education Budget Counseling

Signature (LIHEAP Representative)	Print name	Date mailed
-----------------------------------	------------	-------------

CSD Dwelling Assessment Form

Assessor Notes:

Section 16: Required Attachments

Attached?	When	What	Reference
<input type="checkbox"/>	For all projects	HOMEOWNERS PLEASE ONLY COMPLETE SECTION TITLED HOMEOWNER/LANDLORD ACCEPTANCE OF SERVICES RENTERS MUST HAVE LANDLORD SIGN SECTION TITLED HOMEOWNER/LANDLORD ACCEPTANCE OF SERVICES AND CLIENT MUST SIGN TENANT ACKNOWLEDGEMENT	age of dwelling. Section 1
<input type="checkbox"/>	When appliances are replaced		Section 7
<input type="checkbox"/>	When windows or doors are replaced		Section 8
<input type="checkbox"/>	When refrigerator is replaced		Section 14
<input type="checkbox"/>	Other Attachments (Describe):		

Homeowner/Landlord Acceptance of Services:

I, (print name) _____, the undersigned, *understand* and *agree* to the following provisions:

a. The actual work 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.

b. These services are free of charge to the owner (and tenant, if a rental). However, installation of any of the following—a new refrigerator, a microwave oven, compact fluorescent lamps (CFLs), compact fluorescent lighting fixtures, or compact fluorescent torchiere lamps—requires removal from the premises and proper disposal of the old appliances/bulbs that are replaced.

c. If the dwelling is a rental, the tenants shall agree that any of the following items owned by the Landlord and qualifying for installation, shall remain in the dwelling when they move out. Check all that apply: Refrigerator, Microwave Oven, Fluorescent Torchiere Lamps, CO Alarms, Programmable Thermostat, Ceiling Fans, Window-mount Air Conditioner, Evaporative Cooler, and Wood-burning Stove.

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

1.	2.
3.	4.

e. 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, Agent • Signature: _____ Date: _____

Tenant Acknowledgement:

Not applicable

I/we, (print names) _____, the undersigned tenant(s), understand that any of the following items that are installed by the weatherization program in my rental unit that belongs to the Landlord and shall remain in the dwelling when I/we move out. Check all that apply: Refrigerator, Microwave Oven, Fluorescent Torchiere Lamps, CO Alarms, Programmable Thermostat, Ceiling Fans, Window-mount Air Conditioner, Evaporative Cooler, and Wood-burning Stove.

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)

Signature(s) _____ Date: _____

**THIS FORM IS TO BE COMPLETED ONLY IF YOU ARE A RENTER
 RENTER AND LANDLORD MUST BOTH SIGN**

**ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPIED/UNOCCUPIED SINGLE OR MULTI-UNIT RENTAL
 UNITS**

Dwelling Information

Single-Family <input type="checkbox"/>	Multi-Family <input type="checkbox"/>	No. of Multi-Family Units		# of Vacant Units	
--	---------------------------------------	---------------------------	--	-------------------	--

Tenant and Owner Authorization

Tenant (Print or type name)		Address			
-----------------------------	--	---------	--	--	--

Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Tenant telephone number		
---------------	------	----------	-------------------------	--	--

Owner (Print or type name)		Address			
----------------------------	--	---------	--	--	--

Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Owner telephone number		
---------------	------	----------	------------------------	--	--

If the Owner uses an agent for the above-referenced property, complete both Owner and Agent information.

Agent (Print or type name)		Address			
----------------------------	--	---------	--	--	--

Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Agent telephone number		
---------------	------	----------	------------------------	--	--

By signing this form, the owner or owner's agent and the tenant grant the contractor permission to enter the dwelling unit to perform an assessment and install feasible weatherization measures in accordance with CSD weatherization program policies and standards to the above-described unit and agree to the following:

1. The owner or owner's agent shall not raise the rent of the unit for a period of two years or evict the unit's resident because of the increased value of the unit due solely to weatherization measures provided by the Contractor
2. The owner or owner's agent and the tenant shall retain all applied measures in the residence where installed.
3. The owner or owner's agent shall ensure that gas or electric service, or both, that is provided by a master-meter to tenants shall charge utilities costs in accordance with California Public Utilities Commission Code Section 739.5.
4. The tenant authorizes the contractor access to utility company records to obtain only energy usage data for a period of one year before and one year after rehabilitation, minor home repair, and/or weatherization measures are installed.
5. Failure of the Contractor to enforce this Agreement upon breach by the Owner shall not be construed as a waiver of the Contractor's right to enforce this Agreement.

Tenant's Signature	Date
--------------------	------

Owner's (or Owner's Agent's) Signature	Date
--	------

Owner Certification ONLY if Unoccupied Multi-Unit Dwellings

1. I certify that I am the Owner/Authorized Agent (Owner/Agent) for the property located at:
2. I certify I will rent to low-income tenants that meet the income qualifications for the Department of Energy Weatherization Assistance Program or Low-Income Home Energy Assistance Program within 180 days of work completion.



DUEÑO/RENTERO

NOMBRE DEL PROPIETARIO: _____

NUMER # _____ FAX# _____

DEMOGRÁFICOS DE HOGAR

Por favor proporcione la información sobre su casa marcando las opciones aplicables. Esta información ayudará a facilitar el proceso de la evaluación de su casa para servicios. Gracias

TIPO DE EDIFICIO

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dueño de Casa | <input type="checkbox"/> Dueño-2 – 4 unidades | <input type="checkbox"/> Alquiler 5+ unidades | <input type="checkbox"/> Casa Mobil-Dueno |
| <input type="checkbox"/> Casa de Alquiler | <input type="checkbox"/> Alquiler-2 – 4 unidades | | <input type="checkbox"/> Casa Mobil-Alquiler |

TIPO DE CALENTÓN – FUNCIONA/ NO FUNCIONA

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Portátil | <input type="checkbox"/> De Ventana/Pared | <input type="checkbox"/> Calendador Central |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

COMBUSTIBLE PARA EL CALENTÓN – FUNCIONA/ NO FUNCIONA

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eléctrico | <input type="checkbox"/> Gas Natural | <input type="checkbox"/> Leña | <input type="checkbox"/> Propano |
| <input type="checkbox"/> Asaeté | <input type="checkbox"/> Keroseno | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

AIRE FRIO – FUNCIONA/ NO FUNCIONA

- | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aire acondicionado de ventana | <input type="checkbox"/> De Agua/ Evaporación | <input type="checkbox"/> Portátil | <input type="checkbox"/> Aire Central |
| <input type="checkbox"/> Abanicos | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

CALENTÓN DE AGUA – FUNCIONA/ NO FUNCIONA

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gas Natural | <input type="checkbox"/> Eléctrico | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|

CALENTÓN DE AGUA-UBICACION

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Garaje | <input type="checkbox"/> Fuera | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

ESTUFA

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gas Natural | <input type="checkbox"/> Eléctrica | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|

INFORMACIÓN OPCIONAL

RAZA CANTIDAD DE PERSONAS

Anote cada individuo en su familia

- ___ Blanco
- ___ Negro/Africano Americano
- ___ Indio Indígena / Alaskeño Americano
- ___ Asiático
- ___ Hawaiano o nativo de las islas pacificas
- ___ Mesclado (2 o más razas)
- ___ Deseo negarle al estado mi raza

EDUCACIÓN

- ___ Educación básica
- ___ Primaria - no completa
- ___ GED/ Primaria Completa
- ___ Universidad (Pregrado)
- ___ Posgrado/Profesional
- ___ Desempleo

ETNICIDAD

Anote cada individuo en su familia

- ___ Hispano, Latino o origen español
- ___ No Hispano, Latino o de origen español

TRABAJADOR AGRÍCOLA

- ___ Campesino Temporal
- ___ Campesino Migrante