



DEL NORTE LIHEAP

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE UTILIDAD



Gracias por su interés en solicitar ayuda con sus costos de servicios públicos. Para que podamos procesar su solicitud, es importante que proporcione todo lo que se enumera a continuación. Toda la documentación debe estar actualizada dentro de los seis (6) semanas anteriores a su solicitud.

Correo o entrega de la solicitud completada: Del Norte Senior Center (DNSC), 1765 Northcrest Drive, Crescent City, CA 95531. Para preguntas, llame al (707) 464-3069

PARA SOLICITAR ASISTENCIA, DEBE PROPORCIONAR TODO LO SIGUIENTE

TODAS LAS APLICACIONES

- ☐ Solicitud DNSC completada
 - ☐ Demografía del hogar completada para todos los miembros del hogar
 - ☐ Declaración de responsabilidad de la utilidad
 - ☐ Verificación de ingresos Los adultos sin ingresos deben completar una Certificación de Ingresos y Gastos
- Ejemplos: Talones de cheque de pago que muestran los ingresos de los últimos 30 días
- Cartas de adjudicación del Seguro Social/SSI para el año en curso
- Verificación de beneficios para ayuda en efectivo de CalWorks
- Estados de ingresos de jubilación que muestran pagos mensuales o anuales
- Documentación de ingresos por cuenta propia u otros ingresos
- | | |
|--|---|
| ☐ Identificación con foto emitida por el gobierno para adultos. | No envíe originales por correo. Envíe copias por correo o traiga tarjetas a DNSC para copiarlas. |
| ☐ Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar | |

APLICACIONES PARA CALEFACCIÓN DOMÉSTICA / ASISTENCIA ENERGÉTICA

- ☐ Factura de servicios públicos de electricidad más reciente
- ☐ Facturas más recientes de madera, propano u otro combustible para calefacción
- ☐ Aplicación Pacific Power C.A.R.E.

SOLICITUDES DE ASISTENCIA DE AGUA/ALCANTARILLADO

- ☐ Proyecto de ley de agua/alcantarillado más reciente
- ☐ Verificación de beneficios si recibe CalFresh (Cupones de Alimentos) solamente
- ☐ Acuerdo del propietario si su agua / alcantarillado está incluido en su alquiler

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL: NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia Energética domiciliaria (HEAP). AUTORIDAD: Código de Gobierno Sección 16367.6 (a) Nombra a CSD como la agencia responsable de administrar HEAP. PROPÓSITO: La información que proporcione se utilizará para decidir si es elegible para un pago LIHEAP y / o servicios de climatización. DAR INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe proporcionar toda la información requerida. OTRA INFORMACIÓN: CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual del Ingreso Medio Estatal del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Pautas Federales de Pobreza por Ingresos, para determinar la elegibilidad del programa. Durante el procesamiento de la solicitud, es posible que el subcontratista designado de CSD deba pedirle más información para decidir su elegibilidad para uno o ambos programas. ACCESO: El subcontratista designado de CSD conservará su solicitud completa y otra información, si se utiliza, para determinar su elegibilidad. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contienen información sobre usted. 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.



DEL NORTE LIHEAP

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE UTILIDAD



REGRESO A: 1765 NORTHCREST DRIVE, CRESCENT CITY, CA 95531

Nombre del solicitante		Int. Medio.	Apellido	
Solicitante seguro social No.	Fecha de nacimiento	Teléfono	☐ Solo mensaje	Correo electrónico
Nombre del cónyuge/otro miembro adulto de casa		Int. Medio.	Apellido	
Servicio/Dirección Postal (No utilice apartado postal) ☐ Viví aquí hace 12 meses.			Número de unidad	
Ciudad de servicio	Condado de Servicio	Estado del servicio	Código postal del servicio	
	Del Norte	CA		
Dirección postal ☐ Compruebe si es igual que la dirección de servicio / calle			Número de unidad	
Ciudad de correo	Condado de envío	Estado de envío	Código postal de envío	

INFORMACIÓN DEL HOGAR

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Introduzca el número de personas que: 2 años o menos Edades 3 - 5 años Edades 6 - 18 años Edades 19 - 59 60 años o más TOTAL DE PERSONAS EN HH	INGRESOS ¿Cuántas personas en el hogar reciben ingresos? Ingrese el ingreso mensual total (antes de impuestos) para todas las personas en el hogar: TANF \$ SSI/SSP \$ SSA/SSDI \$ Cheque(s) de pago \$ Desempleo \$ Pensión \$ Trabajo por cuenta propia \$ Otra cosa \$ TOTALES \$	TIPO DE VIVIENDA ☐ Casa Unifamiliar ☐ Casa rodante Dúplex/Complejo de ☐ apartamentos con menos de 4 unidades. ☐ Complejo de apartamentos con más de 4 unidades. ☐ Otra cosa ARREGLO DE VIVIENDA ☐ Poseer ☐ Alquilar ☐ Otra cosa
DEMOGRAFÍA DE LOS HOGARES Introduzca el número de personas que: Deshabilitado Indio Habla inglesa limitada Trabajador agrícola estacional o migrante		

¿Usted o alguien en su hogar ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE CalFresh (cupones de alimentos)?	☐ Sí ☐ NO
¿Usted o alguien en su hogar ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE CalWorks (Ayuda en Efectivo)?	☐ Sí ☐ NO
¿Ha recibido su hogar asistencia energética de LIHEAP en los últimos 120 días?	☐ Sí ☐ NO

POR FAVOR COMPLETE Y FIRME LA PÁGINA 3

DEL NORTE LIHEAP - SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS PÁGINA 3				
SERVICIOS ELÉCTRICOS: DEBE ENVIAR UNA COPIA DE SU FACTURA MÁS RECIENTE				
¿Todo eléctrico?	☐ SÍ ☐ NO	☐ Energía del Pacífico ☐ Incluido en alquiler/submedido	☐ Solar/Fuera de la red ☐ Ninguno/Otro	
Número de cuenta		Nombre del cliente en la factura de servicios públicos:		
¿Tiene una cantidad vencida?		☐ SÍ ☐ NO	¿Se le corta la electricidad?	
		☐ SÍ ☐ NO		
COMBUSTIBLE PARA CALEFACCIÓN DEL HOGAR: ENVÍE UNA COPIA DE SU FACTURA / RECIBO MÁS RECIENTE				
¿Qué ayuda está solicitando? (SÓLO 1) ☐ Electricidad ☐ Aceite ☐ Pelotillas ☐ Propano ☐ Madera ☐ Queroseno ☐ Troncos Fabricados		¿Tienes alguna otra fuente de calor? ☐ No ☐ Aceite ☐ Pelotillas ☐ Propano ☐ Madera ☐ Queroseno ☐ Troncos Fabricados ☐ Calentador		¿Estás ahora sin combustible? ☐ SÍ ☐ NO
				¿Cuántos días quedan?
Si utiliza combustible para calefacción doméstica no eléctrico, complete lo siguiente:				
¿Dónde se compra combustible para calefacción?	Número de cuenta	En un mes, uso sobre:	Importe	Unidades
SOLO USO DOMÉSTICO: Entiendo y reconozco que cualquier ayuda que reciba es solo para el uso de calefacción en el hogar de mi hogar calificado. Cualquier otro uso es fraude. Puedo estar sujeto a arresto, enjuiciamiento y / o reembolso del costo total de los servicios recibidos si vendo, regalo, comercializo o uso indebidamente cualquiera de los combustibles para calefacción del hogar que recibo.				
ASISTENCIA DE AGUA / ALCANTARILLADO- DEBE PRESENTAR UNA COPIA DE SU FACTURA MÁS RECIENTE				
¿A quién pagas?	☐ City of Crescent City ☐ Incluido en alquiler/submedido ☐ Smith River CSD ☐ Otro Cosa: _____			
Número de cuenta		Nombre del cliente en la factura de agua/alcantarillado:		
¿Tiene una cantidad vencida?		¿Está cerrada su agua/alcantarillado?		
☐ SÍ ☐ NO		☐ SÍ ☐ NO		
CONSENTIMIENTO / VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: La información en esta solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para la asistencia. Mi firma da su consentimiento a CSD, sus contratistas y consultores, otras agencias federales o estatales, y a mi(s) compañía(s) de servicios públicos y sus contratistas para compartir información sobre la cuenta de servicios públicos de mi hogar, el uso de energía y / u otra información con el fin de proporcionarme servicios y coordinar, mejorar y reducir los costos de los servicios bajo estos programas. Entiendo que este consentimiento será efectivo durante el período que comienza 24 meses antes y continúa durante 36 meses después de la fecha firmada, a menos que yo revoque lo contrario por escrito. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información en esta solicitud es verdadera, correcta y que los fondos recibidos se utilizarán únicamente con el propósito de pagar mis costos de servicios públicos.				
APELACIÓN: Entiendo que si mi solicitud de beneficios o servicios es denegada, o si recibo una respuesta inoportuna o un desempeño insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito con el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará a más tardar 15 días después de que se reciba la apelación. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor de servicios local, puedo apelar ante el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de conformidad con el Título 22, código de regulaciones de California, sección 100805.				
Firma del solicitante		Fecha	Firma del testigo (si está firmada con una X)	



DEL NORTE LIHEAP PROGRAMA DE ENERGÍA



INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Se solicita la siguiente información para ayudarnos a servir mejor a la comunidad. Utilizamos esta información para obtener más información sobre las personas que necesitan nuestros servicios. También podemos usar esta información para ofrecer a su familia una referencia a otros servicios que pueden ser de beneficio para usted. Su información es confidencial. Nunca informaremos, publicaremos o compartiremos su información individual fuera del programa para el que está solicitando sin su permiso. Proporcione la siguiente información para cada miembro de su hogar. Gracias.

POR FAVOR TRAIGA LA FORMA COMPLETADO CON USTED A SU CITA

SOLICITANTE

El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante: Mismo/Misma
Nacimiento:	Raza: ☐ Blanco/Europeo ☐ Nativo Am/Alaskan ☐ Asiático ☐ Negro/Africano Am		¿Hispano/Latino?
El Sexo :	☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otra: _____		☐ Si ☐ No
Nivel de educación: ☐ 0-8th Grado ☐ 9th to 12th Grado ☐ HS Graduado/GED ☐ Algo de Universidad ☐ Grado de Universidad			
¿Esta persona tiene seguro de salud?		Marque todas las ☐ Discapacitado ☐ Limitado de Habla Inglés ☐ Granjero(a)	
☐ No ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Otro/Privado		que aplican: Trabajadores Agrícolas ☐ Migrantes ☐ Sestacional	

MIEMBRO DEL HOGAR 1

El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante:
Nacimiento:	Raza: ☐ Blanco/Europeo ☐ Nativo Am/Alaskan ☐ Asiático ☐ Negro/Africano Am		¿Hispano/Latino?
El Sexo :	☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otra: _____		☐ Si ☐ No
Nivel de educación: ☐ 0-8th Grado ☐ 9th to 12th Grado ☐ HS Graduado/GED ☐ Algo de Universidad ☐ Grado de Universidad			
¿Esta persona tiene seguro de salud?		Marque todas las ☐ Discapacitado ☐ Limitado de Habla Inglés ☐ Granjero(a)	
☐ No ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Otro/Privado		que aplican: Trabajadores Agrícolas ☐ Migrantes ☐ Sestacional	

MIEMBRO DEL HOGAR 2

El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante:
Nacimiento:	Raza: ☐ Blanco/Europeo ☐ Nativo Am/Alaskan ☐ Asiático ☐ Negro/Africano Am		¿Hispano/Latino?
El Sexo :	☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otra: _____		☐ Si ☐ No
Nivel de educación: ☐ 0-8th Grado ☐ 9th to 12th Grado ☐ HS Graduado/GED ☐ Algo de Universidad ☐ Grado de Universidad			
¿Esta persona tiene seguro de salud?		Marque todas las ☐ Discapacitado ☐ Limitado de Habla Inglés ☐ Granjero(a)	
☐ No ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Otro/Privado		que aplican: Trabajadores Agrícolas ☐ Migrantes ☐ Sestacional	

MIEMBRO DEL HOGAR 3

El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante:
Nacimiento:	Raza: ☐ Blanco/Europeo ☐ Nativo Am/Alaskan ☐ Asiático ☐ Negro/Africano Am		¿Hispano/Latino?
El Sexo :	☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otra: _____		☐ Si ☐ No
Nivel de educación: ☐ 0-8th Grado ☐ 9th to 12th Grado ☐ HS Graduado/GED ☐ Algo de Universidad ☐ Grado de Universidad			
¿Esta persona tiene seguro de salud?		Marque todas las ☐ Discapacitado ☐ Limitado de Habla Inglés ☐ Granjero(a)	
☐ No ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Otro/Privado		que aplican: Trabajadores Agrícolas ☐ Migrantes ☐ Sestacional	

MIEMBRO DEL HOGAR 4

El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante:
Nacimiento:	Raza: ☐ Blanco/Europeo ☐ Nativo Am/Alaskan ☐ Asiático ☐ Negro/Africano Am		¿Hispano/Latino?
El Sexo :	☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otra: _____		☐ Si ☐ No
Nivel de educación: ☐ 0-8th Grado ☐ 9th to 12th Grado ☐ HS Graduado/GED ☐ Algo de Universidad ☐ Grado de Universidad			
¿Esta persona tiene seguro de salud?		Marque todas las ☐ Discapacitado ☐ Limitado de Habla Inglés ☐ Granjero(a)	
☐ No ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Otro/Privado		que aplican: Trabajadores Agrícolas ☐ Migrantes ☐ Sestacional	



DEL NORTE LIHEAP

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS



Este formulario debe completarse si un hogar está pidiendo asistencia y uno o más miembros adultos del hogar no tienen comprobante de ingresos o afirman que tienen cero ingresos. El Estado de California requiere que los hogares solicitantes informen todas las fuentes de ingresos.

Todos los miembros adultos del hogar han presentado pruebas de ingresos. No es necesario que complete este formulario.

Uno o más miembros adultos del hogar no tienen ningún ingreso. Por favor, rellene el siguiente formulario para cada uno.

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)					
		<table><tr><td>Compensación de Trabajadores</td><td>Desempleo</td><td>Programa del Gobierno</td><td>Manutención de los hijos</td></tr></table>	Compensación de Trabajadores	Desempleo	Programa del Gobierno	Manutención de los hijos	
Compensación de Trabajadores	Desempleo	Programa del Gobierno	Manutención de los hijos				
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)					
		<table><tr><td>Pago de anualidades</td><td>Pensión</td><td>Pagos de casino tribal</td><td>Ingresos por alquiler</td><td>Beneficios del seguro</td></tr></table>	Pago de anualidades	Pensión	Pagos de casino tribal	Ingresos por alquiler	Beneficios del seguro
Pago de anualidades	Pensión	Pagos de casino tribal	Ingresos por alquiler	Beneficios del seguro			

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? _____

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



DEL NORTE LIHEAP UTILITY RESPONSIBILITY STATEMENT



APELLIDO DEL SOLICITANTE

NOMBRE

M.I.

DIRECCIÓN DE SERVICIO

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

La **factura de ELECTRIC** en la dirección anterior es:

- ☐ En mi nombre.
- ☐ En nombre de otra persona: _____ Esta persona es mi _____
☐ Debo pagar el monto total de la factura de servicios públicos cada mes.
- ☐ Incluido en mi alquiler o subconsultado por mi arrendador. Su arrendador debe firmar este formulario.

El monto de mi alquiler que cubre los servicios públicos, o que está por debajo del medidor para este mes es
\$ _____

Firma del arrendador

Fecha

Dirección

Número de teléfono

La **factura de AGUA / ALCANTARILLADO** en la dirección anterior es:

- ☐ En mi nombre
- ☐ En nombre de otra persona: _____ Esta persona es mi _____
☐ Debo pagar el monto total de la factura de servicios públicos cada mes.
- ☐ Incluido en el alquiler o subconsultado – Si está solicitando asistencia de agua / alcantarillado, usted y su arrendador deben completar un formulario de Acuerdo de propietario.

Autorización y consentimiento del cliente de servicios públicos de registro (si no es el solicitante)

Al firmar a continuación, reconozco y autorizo a mi compañía de servicios públicos, al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de California y a CSD Socios a divulgar a pedido y / o recibir información sobre los registros de facturación de mi compañía de servicios públicos, nombre de cuenta, dirección de servicio, historial de facturación, saldos de cuentas, datos históricos y futuros de uso y consumo de energía e información sobre la climatización de la vivienda exclusivamente con el fin de procesar la asistencia de la factura de servicios públicos y emergencias. pagos y para recopilar datos sobre el impacto de los servicios en el consumo de energía y los costes. Esta Autorización permanecerá vigente por hasta 36 meses a menos que se revoque por escrito.

Firma del cliente en la factura de servicios públicos

Fecha

- ☐ Verifique aquí si el cliente en la factura de servicios públicos es inalcanzable para la firma.

Certifico que toda la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Soy consciente de que la falsificación deliberada y consciente de la información puede dar lugar a un proceso penal. Soy el único persona en mi hogar que ha solicitado Asistencia Energética.

Firma del solicitante

Fecha

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA PARA FAMILIAS CON BAJOS INGRESOS (LIHWAP)

ACUERDO DE GESTIÓN/ARRENDADOR

El programa LIHWAP (Low Income Household Water Assistance Program) provee asistencia financiera a familias con bajos ingresos para ayudar a que gestionen los costos de los servicios públicos residenciales de agua potable y aguas residuales. Los fondos federales del LIHWAP son provistos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU (U. S. Department of Health and Human Services), y el Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitarios de California (California Department of Community Services and Development, CSD) fue designado como agencia de administración para el LIHWAP en California.

El Acuerdo de Gestión/Arrendador es un formulario suplementario para la solicitud del LIHWAP. Este Acuerdo se utiliza para que el arrendador/agente de administración verifiquen: 1) el arrendamiento del solicitante; 2) que los costos de agua potable, aguas residuales y aguas pluviales estén incluidos en la renta del inquilino; y 3) que se adeude el pago de dichos costos. La firma del Agente de Gestión/Arrendador en el Acuerdo de Gestión/Arrendador asegura que el beneficio del LIHWAP se aplique a los próximos servicios públicos del Inquilino incluidos en el pago de la renta.

Nombre del Inquilino			
Dirección del servicio público		Número de la unidad	
Ciudad, estado, código postal			
Teléfono		Correo electrónico	

Cantidad de la renta mensual que cubre los costos de agua potable, aguas residuales y aguas pluviales	\$	Ayuda a cubrir	☐ Agua potable únicamente ☐ Aguas residuales únicamente ☐ Agua potable y aguas residuales cuando estén combinados en una sola factura en la cuenta del Agente de Gestión/Arrendador
Cantidad de meses adeudados en el alquiler			

Dueño de la propiedad	
Gerente/Agente del alquiler	

Dirección			
Ciudad, estado, código postal			
Teléfono		Correo electrónico	

Homólogos. Este acuerdo puede formalizarse en uno o más homólogos, cada uno de los cuales se considerará como original, pero todos ellos en conjunto constituirán un único instrumento.

Firma electrónica. Tanto el Arrendador/Agente de administración y el Inquilino aceptan el uso de firmas electrónicas en este Acuerdo y en todos los documentos relacionados con este Acuerdo, incluidas las enmiendas a cualquiera de los anteriores. Una firma electrónica tendrá la misma validez y aplicabilidad que una firma manuscrita hasta el máximo permitido por la ley aplicable. El Acuerdo y todo documento relacionado con este Acuerdo ejecutado con firmas electrónicas se considerarán “escritos” o “por escrito” y ejecutados, constituirán un registro escrito original cuando estén impresos y se aceptarán plenamente en cualquier procedimiento legal. A los efectos del presente, “firma electrónica” tendrá el significado establecido en la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de California (California Uniform Electronic Transactions Act, “UETA”) (Cód. Civil sección 1633.1 - sección 1633.17).

Certificación del Arrendador/Agente de administración: El Arrendador/Agente de administración confirma que el Inquilino indicado arriba ha concretado un contrato de arrendamiento con el Arrendador/Agente de administración y que los gastos de agua potable, aguas residuales o aguas pluviales están incluidos en la renta. El Arrendador/Agente de administración acuerda aceptar un pago reducido de la renta de parte del Inquilino por la cantidad del beneficio del LIHWAP que será aplicado a la renta mensual actual o subsiguiente del Inquilino dentro de los 45 días posteriores a la confirmación de que el beneficio LIHWAP se haya aplicado a la cuenta de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración. El Arrendador/Agente de administración acepta la divulgación de la información de la cuenta de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración y la copia de la factura actual de servicios públicos ante el Departamento de Desarrollo y Servicios Comunitarios de California (California Department of Community Services and Development, CSD) y a sus agentes autorizados, incluido HORNE LLP, con fines de procesamiento del beneficio LIHWAP. El CSD y sus agentes autorizados restringirán los usos y divulgaciones de esta información al mínimo necesario para procesar los beneficios LIHWAP.

Firma del Arrendador o Agente de administración

Fecha

Certificación del Inquilino: Certifico que soy un inquilino mencionado en el acuerdo de alquiler con el Arrendador/Agente de administración. Entiendo que el Arrendador/Agente de administración acepta un pago reducido de la renta si mi solicitud para el LIHWAP es aprobada y si se emite un pago correspondiente a la compañía de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración por los gastos de agua potable, aguas residuales o aguas pluviales de mi grupo familiar. Entiendo que CSD, o sus agentes autorizados,

notifiquen al Arrendador/Agente de administración cuando se acredite el beneficio del LIHWAP en la cuenta de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración, y acepto la divulgación de esta información con fines de procesamiento de mis beneficios del LIHWAP. Entiendo que tengo derecho a recibir protecciones para el inquilino, que podrían incluir un juicio civil en un tribunal de pequeñas demandas por incumplimiento del contrato, si el Arrendador/Agente de administración no cumple con los términos del Acuerdo de Gestión/Arrendador.

Firma del Inquilino

Fecha

4867-3079-1972, v. 1

Solicitud para el Programa CARE de Pacific Power

Envía por correo las formas completas a: CARE Program Manager
Pacific Power
825 NE Multnomah, Suite 2000
Portland, OR 97232

Para preguntas llama al número gratis: 1-888-221-7070

Si es residente de California, tiene derechos específicos relacionados con su información personal bajo la Ley de Privacidad del Consumidor de California. Para obtener más información, solicite una copia de nuestra política de privacidad o búsquela en nuestro sitio web en www.pacificpower.net/privacy.

Información para el Cliente de Pacific Power: (Se requiere toda la información. Por favor escribe claramente)

Número de Cuenta: Puedes encontrar esto en la esquina superior derecha de tu factura de Pacific Power.

Nombre (tal y como aparece en tu factura de Pacific Power)

Código Postal

Domicilio (no apartados postales, por favor)

Ciudad, Estado

Código Postal

Dirección de Correo (si es diferente al de tu hogar)

Ciudad, Estado

Teléfono de día incluyendo código de área Número de personas en tu hogar: Adultos + Niños = Total

¿Cómo supiste del programa CARE? TV Radio Periódico sitio de la red anuncio en aplicación de Juego
amigo/co-empleado otro

Actualmente, tengo un ingreso fijo y recibo ingresos o beneficios de uno o más de los siguientes: pensiones, Seguro Social, SSP o SSDI, intereses/dividendos de cuentas de jubilación, Medicaid/Medi-Cal (65 años o más) o SSI.

Lineamientos del Programa CARE

La tabla debajo ilustra los niveles de ingresos anuales que califican para el programa CARE. Fíjate en los ingresos elegibles para el número de personas en tu hogar

- La factura de Pacific Power debe estar a tu nombre.
- Debes vivir en el domicilio donde el descuento será recibido.
- No puedes reclamar a un dependiente que está bajo otra declaración de impuesto a menos que sea tu cónyuge.
- Tu hogar debe cumplir con los lineamientos del programa con respecto a ingresos tal y como se describe en esta solicitud.
- Los solicitantes deben agregar todas las fuentes de ingreso del hogar combinadas para determinar la elegibilidad. Estas fuentes incluyen sueldos y salarios, intereses y dividendos de cuentas de ahorro/acciones/bonos/cuentas de retiro, prestaciones de desempleo, ingresos de rentas y regalías, subsidios escolares y becas, ganancias de empleo independiente, pagos de discapacidad, compensación al trabajador, Seguro Social (SSI/SSP), pensiones, seguro y arreglos legales financieros, Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF, por sus siglas en inglés), Asistencia a Familias con Niños Dependientes (AFDC, por sus siglas en inglés), estampillas de comida, manutención de hijos, manutención de cónyuge, efectivo y otro tipo de ingresos.

NIVELES DE CALIFICACIÓN DE INGRESOS

Los hogares con ingresos no mayores de las cantidades mostradas abajo podrían calificar para CARE:

Tamaño del Hogar:	Ingreso anual de o por debajo de:
1-2	\$36,620
3	\$46,060
4	\$55,500
5	\$64,940
6	\$74,380
7	\$83,820
8	\$93,260
Para cada persona adicional, agregar:	\$9,440

Por favor lee cuidadosamente y firme abajo.

Declaro que los ingresos totales combinados de mi hogar no son mayores a los mostrados arriba para el número de miembros de mi hogar.*Estoy de acuerdo en ofrecer una prueba de mis ingresos si se me pide. Estoy de acuerdo en informar a Pacific Power si mis ingresos ya no califican y en que de ser así tal vez tenga que regresar dinero a CARE por los beneficios recibidos. Entiendo que Pacific Power puede compartir mi información con otras compañías utilitarias o agencias para que me inscriba en sus programas de asistencia.

X _____
Firma del Cliente de Pacific Power

Fecha

Marque esta casilla si alguien en su hogar tiene una discapacidad, o requiere accesibilidad, apoyo financiero o idioma durante un corte de energía de seguridad pública. Pacific Power proporcionará una notificación adicional antes de un corte de energía de seguridad pública. Para más información, visite www.pacificpower.net/es/seguridad/seguridad-contra-incendios-forestales.

 **PACIFIC POWER**
ILUMINANDO TU POTENCIAL

*Una muestra al azar de participantes será requerida como prueba de ingresos.