

## **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						
☐ 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						
☐ Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hoga para copiarlas.□						
☐ 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.						

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. □

DNSC 43 5/14/2024



### **DEL NORTE LIHEAP** SOLICITUD DE ASISTENCIA DE UTILIDAD PARTNERSHIP OF



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

Nombre del solicitante		Int. Medio.	Аp	ellido							
Solicitante seguro social No. Fecha de nacimie			iento	Teléfono 🏻		Solo mensaje	Corre	eo electro	ónico		
Nombre del cónyuge/otro miembro a		Int. Medio.	Ap	ellido							
Servicio/Dirección Postal (No utilice		<u>I</u> Viví aquí ha	ce '	12 meses.			Núm€	ero de u	unidad		
Ciudad de servicio	Conda Del N	ado de Servic	cio Estado del servicio C			Código	Código postal del servicio				
Dirección postal	si es igua	al que la			vicio	<u> </u>			Núme	ero de u	ınidad
Ciudad de correo Co			Cond	Condado de envío Estado de env		río Código postal de envío		/ío[			
	IN	IFOR	MAC	IÓN DE	Lŀ	HOGAR		<u> </u>			
PERSONAS QUE VIVEN EN EL HO	OGAR	INGR	ESOS				TIP	O DE VI	VIEND	)A	
Introduzca el número de personas que	:0	Cuárع	ntas personas en el				Casa Unifamiliar				
2 años o menos	hogor rooiba			eciben ingresos?			Casa rodante				
Edades 3 - 5 años				greso mensuai ioial <del>(anies de</del>			1.55				
Edades 6 - 18 años				ira todas las p	erso	onas en el	ll _	Dúplex/		•	
Edades 19 - 591	nodar.							apartme		con me	nos de
60 años o más⊡		TANF \$ SSI/SSP \$					11	4 unida			
TOTAL DE PERSONAS EN HH SSA/SSDI			SSDI	\$ Complejo de aparta con más de 4 unida			•				
DEMOGRAFÍA DE LOS HOGARES Cheque(s) de pago								con ma	s de 2	unida	ues.
Introduzca el número de personas que	1 ( ) 1 3 +						Otra cos	sa			
Deshabilitado		Pensión \$				ARREGLO DE VIVIENDA					
Indio		Trabajo por cuenta propia \$						Poseer			quilar
Habla inglesa limitada Otra cosa				\$				Otra co			
Trabajador agrícola estacional o migrante TOTALES											
¿Usted o alguien en su hogar ES	ΓÁ RECII	BIENDO	ACT	JALMENTE	Ca	IFresh (cupon	es de	aliment	os)?	□ Sí	□ NO
¿Usted o alguien en su hogar ES	ΓÁ RECII	BIENDO	ACT	JALMENTE	Ca	lWorks (Ayuda	a en E	fectivo)	?[	□ Sí	□ NO

POR FAVOR COMPLETE Y FIRME LA PÁGINA 3

DNSC 43 5/14/2024

DEL NORTE LIHEAP - SOLICITUD DE ASISTENCIA	DE SERVICIO	S PÚBLIC	OS PÁGII	NA 3	
SERVICIOS ELÉCTRICOS: DEBE ENVIAR UN	NA COPIA DE SI	U FACTURA	MÁS RECI	ENTE	
¿Todo eléctrico? ☐ Sí ☐ Energía del Pacífico ☐ Incluido en alquiler/submedido	☐ Solar/Fuera (☐ Ninguno/Otro				
Número de cuenta	Nombre del clie	ente en la fact	ura de serv	vicios pú	blicos:
¿Tiene una cantidad vencida? □ sí □ NO	¿Se le corta la		☐ Sí		
COMBUSTIBLE PARA CALEFACCIÓN DEL HOGAR: ENVÍI					
¿Qué ayuda está solicitando? (SÓLO 1) ¿Tienes alguna			stás ahora		mbustible?
☐ Electricidad ☐ Aceite ☐ Pelotillas ☐ No ☐ Propano ☐ Madera ☐ Queroseno ☐ Propano ☐		elotillas ueroseno ¿C	uántos día		
☐ Troncos Fabricados ☐ Troncos Fabr			edan?		
Si utiliza combustible para calefacción doméstica no eléctri	co, complete lo	siguiente:			
¿Dónde se compra combustible para calefacción? Númer	o de cuenta	En un mes, u sobre:	ıso İmp	oorte	Unidades
hogar de mi hogar calificado. Cualquier otro uso es fraude. Pue costo total de los servicios recibidos si vendo, regalo, comerciali calefacción del hogar que recibo.	•	•		-	
CONSENTIMIENTO / VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: La verificar mi elegibilidad para la asistencia. Mi firma da su consei federales o estatales, y a mi(s) compañía(s) de servicios públicos de servicios públicos de mi hogar, el uso de energía y / u otra in mejorar y reducir los costos de los servicios bajo estos programa período que comienza 24 meses antes y continúa durante 36 micontrario por escrito. Declaro, bajo pena de perjurio, que la informados recibidos se utilizarán únicamente con el propósito de para	ntimiento a CSD, os y sus contratis formación con el as. Entiendo que eses después de rmación en esta agar mis costos d	, sus contratis tas para com I fin de propor e este consen e la fecha firm solicitud es ve de servicios pu	tas y constoartir inform cionarme s timiento se ada, a mer erdadera, c úblicos.	ultores, on nación se servicios erá efecti nos que s correcta s	otras agencias obre la cuenta y coordinar, ivo durante el yo revoque lo y que los
APELACIÓN: Entiendo que si mi solicitud de beneficios o servidesempeño insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrirevisará a más tardar 15 días después de que se reciba la apela servicios local, puedo apelar ante el Departamento de Servicios código de regulaciones de California, sección 100805.	ito con el provee ación. Si no esto	dor de servici y satisfecho d	os local y n on la decis	ni apelad sión del p	ción se proveedor de
Firma del solicitante Fect	na	Firma del tes	stiao (si est	á firmad	la con una X)

DNSC 43 5/14/2024



### 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					
			m/Alaskan ☐ Asiático ☐ Negro/Africano Am ¿Hispano/Latino?					
El Sexo :			Multirracial □ Otra: □ Si □ No					
			raduado/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	□ 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: Ra	za: 🗆 Bland	o/Europeo □ Nativo Ar	m/Alaskan ☐ Asiático ☐ Negro/Africano Am ¿Hispano/Latino?					
El Sexo :	□Hawaian	o/Isleño del Pacífico 🗆	Multirracial □ Otra: □ Si □ No					
			raduado/GED ☐ Algo de Universidad ☐ Grado de Universidad					
¿Esta persona tiene seguro de s	alud?	Marque todas las	☐ Discapacitado ☐ Limitado de Habla Inglés ☐ Granjero(a)					
□ No □ Medi-Cal □ Medicare	☐ Otro/Priva	do que aplican:	Trabajadores Agrícolas 🗆 Migrantes 🗀 Sestacional					
MIEMBRO DEL HOGAR 2								
El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante:					
Nacimiento: Ra	za: 🗆 Bland	o/Europeo   □ Nativo Ar	m/Alaskan □ Asiático □ Negro/Africano Am ¿Hispano/Latino?					
El Sexo :	□Hawaian	o/Isleño del Pacífico □	Multirracial □ Otra: □ Si □ No					
Nivel de educación: ☐ 0-8th			raduado/GED ☐ Algo de Universidad ☐ Grado de Universidad					
¿Esta persona tiene seguro de s	alud?	Marque todas las	☐ Discapacitado ☐ Limitado de Habla Inglés ☐ Granjero(a)					
□ No □ Medi-Cal □ Medicare	☐ Otro/Priva	do que aplican:	Trabajadores Agrícolas 🗆 Migrantes 🗀 Sestacional					
MIEMBRO DEL HOGAR 3			-					
El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante:					
Nacimiento: Ra	za: 🗆 Bland	o/Europeo 🛭 Nativo Ar	m/Alaskan ☐ Asiático ☐ Negro/Africano Am ¿Hispano/Latino?					
El Sexo :			Multirracial  Otra: Si No					
			raduado/GED ☐ Algo de Universidad ☐ Grado de Universidad					
¿Esta persona tiene seguro de s	alud?	Marque todas las	☐ Discapacitado ☐ Limitado de Habla Inglés ☐ Granjero(a)					
□ No □ Medi-Cal □ Medicare	☐ Otro/Priva	do que aplican:	Trabajadores Agrícolas 🗆 Migrantes 🗀 Sestacio <u>nal</u>					
MIEMBRO DEL HOGAR 4								
El Nombre de Pila	Inicial	Apellido	Relación con Solicitante:					
Nacimiento: Ra	za: 🗆 Bland	o/Europeo □ Nativo Ar	m/Alaskan □ Asiático □ Negro/Africano Am ¿Hispano/Latino?					
El Sexo :		o/Isleño del Pacífico □	Multirracial □ Otra: □ Si □ No					
Nivel de educación: ☐ 0-8th	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		I -	Trabajadores Agrícolas 🗆 Migrantes 🗀 Sestacional					

DNSC-43Dsp 10/11/2022



Firma del solicitante

# 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

Info	mació	n del solicita	ante								
Nom	bre:										
Dire	cción:										
Sec	ción 1	: Usted tien	e fuentes de ingreso	os que se le (	olvidó informar?						
5	Í N	Durante el	Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?								
S	ÍN	Durante el	Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?								
S	Í N	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?									
8	Í N		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:								
8	í N		mes anterior, ha rec				rrespond	la)			
		Compensa	ción de Trabajadores	Desempleo	Programa de		Maı	nutención de los hijos			
5	Í N	) ———	o alguna de las siguie e anualidades Pensió	```		•		Beneficios del seguro			
		Pago di	e anualidades   Perisio	n Pago	s de casino tribal	Ingresos por ald	lulier	Deficitions del seguito			
			ndo sus ahorros o d	inero prestad	do para						
		gastos mens	<b>suaies :</b> o ahorros o un présta	mo con garar	ntía						
SÍ		nipotecaria? C									
SÍ			o algún otro activo (di	inero)?							
		Cuánto? Está pidiendo	prestado de las tarje	tas de crédito	?						
SÍ	1/1( )	Cuánto?									
SÍ	1/1( )	Está pidiendo Cuánto?	prestado de alguna o	otra fuente?							
Sec	ción 3:	Por favor, c	líganos cómo usted	pagó estos	gastos mensuale	es durante los me	eses ant	eriores:			
GAS		GASTOS MENSUALES	CÓMO EL GASTO HA S PAGADO?	· -		POR SUS GASTOS, F					
Alqu	ler o	Φ.			Nombre:	To	eléfono:				
Hipo		\$			Dirección:	·					
Facti	ıras				Nombre:	Te	eléfono:				
servi públi		\$			Dirección:						
Alim	entos	Nombre: Teléfono:									
		*			Dirección:						
Sec	ción 4:	Si nada de	lo anterior se aplica	a usted, por	favor explique o	ómo sus gastos	mensua	les se pagan:			
Fi-	ma:										
i		te formulario. v	vo afirmo que vo creo qu	ue estos hecho	s son exactos v ver	aces. Dov al Provee	dor de Se	ervicios mi permiso para			

verificar esta información y puedo ser responsable bajo la ley federal o estatal por dar declaraciones falsas o fraudulentas.

**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 direcc	ción anterior es:	
☐ En mi nombre.		_
☐ En nombre de otra persona:		Esta persona es mi
☐ Debo pagar el monto total de ☐ Incluido en mi alquiler o subconsultado		públicos cada mes. Su arrendador debe firmar este formulario.
El monto de mi alquiler que cubre los se	ervicios públicos, o que	está por debajo del medidor para este mes es
\$		
Firma del arrendador		Fecha
Dirección		Número de teléfono
sobre los registros de facturación de mi servicio, historial de facturación, saldos información sobre la climatización de la factura de servicios públicos y emergence	compañía de servicios p de cuentas, datos histór a vivienda exclusivamen cias. pagos y para recop	cios a divulgar a pedido y / o recibir información públicos, nombre de cuenta, dirección de ricos y futuros de uso y consumo de energía e nte con el fin de procesar la asistencia de la pilar datos sobre el impacto de los servicios en el erá vigente por hasta 36 meses a menos que se
Firma del cliente en la factura de servici	ios públicos	Fecha
☐ Verifique aquí si el cliente en	la factura de servicios p	públicos es inalcanzable para la firma.
<u>-</u>	de la información puede	leal saber y entender. Soy consciente de que e dar lugar a un proceso penal. Soy el único
Firma del solicitante		Fecha

DNSC 559 6/7/2022

#### SOLICITUD DEL PROGRAMA CARE DE PACIFIC POWER

La solicitud debe estar completada y frimada en su totalidad.

Si usted es residente de California, tiene derechos específicos en lo que respecta al uso de su información personal de conformidad con la Ley de California sobre la Privacidad del Consumido (California Consumer Privacy Act), Para obtener más información, solicite una copia de nuestra política de privacidad o encuentrela en nuestro sitio web www.PacificPower.net/Privacy.					
INFORMACIÓN DEL CLIENTE					
Número de cuenta de Pacific Power					
Nombre, como aparece en su factura de Pacífic Power					
Domicilio (no apartados postales)					
Giudad Código postal					
Teléfono					
Linea fija Celular					
Dirección postal (si es diferente de su domicilio)					
Giudad Código postal					
Cantidad de personas en mi hogar					
Adultos Niños Total Certifico que:					
Actualmente tengo un ingreso fijo y recibo ingresos o beneficios  • La factura de Pacific Power está a mi nombre • No estoy incluido como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta					
de uno o más de lo siguiente: pensiones, Seguro Social, SSP o SSDI, de otra persona.  intereses/dividendos de cuentas de jubilación, Medicaid/Medi-Cal   Vivo en la dirección en la que se recibirá el descuento.					
(mayores de 65 años) o SSI. Si es así, marque (/) esta casilla.  • Entiendo que Pacific Power se reserva el derecho de verificar los ingresos de mi hop					
ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA					
Marque (✓) esta casilla si usted o alguien en su hogar participa en alguno de los siguientes programas:					
<ul> <li>Medi-Cal/Medicaid</li> <li>Medi-Cal para Familias (Medi-Cal for Families)</li> <li>Programa Nacional de Almuerzos Escolares</li> <li>CalFresh/SNAP (cupones</li> <li>Familias Saludables A&amp;B (Healthy Families A&amp;B)</li> <li>(National School Lunch Program, NSL)</li> </ul>					
para almentos) • LIHEAP • Asistencia General de la Oficina de • CalWorks (TANF)/TANF Tribal • Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Asuntos Indígenas					
• WIC Income, SSI)  Si participa en alguno de los programas de asistencia pública de esta sección, PASE a la DECLARACIÓN.  (tribal únicamente)					
ELEGIBILIDAD DE INGRESOS					
Marque (🗸) esta casilla si cumple con los requisitos de los lineamientos de ingresos. Los solicitantes deben sumar todas las fuentes de ingresos combinados del hogar para determinar la elegibilidad para el programa.					
<ul> <li>Pensiones</li> <li>Salarios o ganancias del trabajo autónomo</li> <li>Seguro social</li> <li>Subsidios de desempleo</li> <li>Becas, subvenciones u otra ayuda utilizada para gastos de manutención</li> <li>Seguros o conciliaciones judiciales</li> </ul>					
<ul> <li>SSP o SSDI</li> <li>Pagos por discapacidad o compensación</li> <li>Intereses o dividendos de ahorros,</li> <li>por accidente laboral</li> <li>Manutención conyugal o de los hijos</li> <li>Efectivo u otros ingresos</li> </ul>					
acciones, bonos o cuentas de jubilación • Ingresos por alquiler o regalías					
DECLARACIÓN (Lea atentamente y firme abajo)					
Declaro que el monto total de ingresos combinados de mi hogar no es mayor que la cantidad que se muestra en la tabla adjunta para la cantidad de miembros en mi hogar. Acepto proporcionar una prueba de ingresos si se me solicita. Entiendo que se requerirá una muestra aleatoria de participantes de CARE para proporcionar una prueba de ingresos. Entiendo que					
se me puede exigir que participe en el Programa de Asistencia para el Ahorro de Energía (Energy Savings Assistance Program) y que los niveles inaceptables de uso de energía podrían dar lugar a mi exclusión del programa. Estoy de acuerdo con informar a Pacífic Power si mis ingresos ya no califican, por lo cual es posible que deba devolver los beneficios de CARE recibidos.					
Entiendo que Pacífic Power puede compartir mi información con otras empresas de servicios públicos o agencias para inscribirme en sus programas de asistencia.					
Firma del cliente de Pacífic Power Fecha					
Marque esta casilla si alguna persona de su hogar tiene una discapacidad o si necesita ayuda en asuntos de accesibilidad, financieros o de idiomas durante un corte de					
energía por razones de seguridad pública. Pacific Power le enviará un aviso antes de realizar un corte de energía por razones de seguridad pública. Para obtener más información, visite la página PacificPower.net/Wildfire.					

El programa Tarifas Alternativas para Energía en California (California Alternate Rates for Energy, CARE) ofrece un descuento de 20% en las facturas mensuales de electricidad para clientes elegibles.

Hay dos maneras de reunir los requisitos para CARE:

• Puede reunir los requisitos si usted o alguien en su hogar participa en uno de los programas de asistencia pública elegibles.

#### 0

• También puede calificar si cumple con los requisitos de las pautas de ingresos que se enumeran en el cuadro a continuación.

Pautas de Ingresos de CARE						
Ingresos Anuales del Hogar Vigente a partir del 1 de junio del 2023 hasta el 31 de mayo del 2024						
Tamaño del Hogar	Límite Maximo de Ingresos para Elegibilidad*					
1 a 2	\$39,440					
3	\$49,720					
4	\$60,000					
5	\$70,280					
6	\$80,560					
7	\$90,840					
8	\$101,120					
Cada persona adicional	\$10,280					

<sup>\*</sup>Cálculo del límite maximo = 200% de las pautas federales de pobreza

Si tiene preguntas, llame al 1-888-225-2611

Si califica, puede presentar su solicitud en línea en **PacificPower.net/CARE** o enviar por correo su solicitud completa a la dirección de abajo.

Gerente del Programa CARE Pacific Power 825 NE Multnomah, Suite 2000 Portland, OR 97232



06/2023