



# 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**

<input type="checkbox"/> Solicitud DNSC completada
<input type="checkbox"/> Demografía del hogar completada para todos los miembros del hogar <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Declaración de responsabilidad de la utilidad
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Identificación con foto emitida por el gobierno para adultos. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Factura de servicios públicos de electricidad más reciente
<input type="checkbox"/> Facturas más recientes de madera, propano u otro combustible para calefacción
<input type="checkbox"/> Aplicación Pacific Power C.A.R.E.

**No envíe originales por correo.** Envíe copias por correo o traiga tarjetas a DNSC para copiarlas.

**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 ☐	<input type="checkbox"/> Solo mensaje	Correo electrónico
Nombre del cónyuge/otro miembro adulto de casa		Int. Medio.	Apellido	
Servicio/Dirección Postal (No utilice apartado postal) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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

<b>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR</b> 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 ☐ <b>TOTAL DE PERSONAS EN HH</b> <b>DEMOGRAFÍA DE LOS HOGARES</b> Introduzca el número de personas que: ☐ Deshabilitado Indio Habla inglesa limitada Trabajador agrícola estacional o migrante	<b>INGRESOS</b> ¿Cuántas personas en el hogar reciben ingresos? <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> 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 \$ <b>TOTALES \$</b>	<b>TIPO DE VIVIENDA</b> <input type="checkbox"/> Casa Unifamiliar <input type="checkbox"/> Casa rodante <input type="checkbox"/> Dúplex/Complejo de apartamentos con menos de 4 unidades. <input type="checkbox"/> Complejo de apartamentos con más de 4 unidades. <input type="checkbox"/> Otra cosa <b>ARREGLO DE VIVIENDA</b> <input type="checkbox"/> Poseer <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Otra cosa
--	--	---

¿Usted o alguien en su hogar <b>ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE CalFresh</b> (cupones de alimentos)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Usted o alguien en su hogar <b>ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE CalWorks</b> (Ayuda en Efectivo)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

POR FAVOR COMPLETE Y FIRME LA PÁGINA 3

<b>DEL NORTE LIHEAP - SOLICITUD DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS PÁGINA 3</b>				
<b>SERVICIOS ELÉCTRICOS: DEBE ENVIAR UNA COPIA DE SU FACTURA MÁS RECIENTE</b>				
¿Todo eléctrico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Energía del Pacífico <input type="checkbox"/> Incluido en alquiler/submedido	<input type="checkbox"/> Solar/Fuera de la red <input type="checkbox"/> Ninguno/Otro	
Número de cuenta		Nombre del cliente en la factura de servicios públicos:		
¿Tiene una cantidad vencida?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Se le corta la electricidad?	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
<b>COMBUSTIBLE PARA CALEFACCIÓN DEL HOGAR: ENVÍE UNA COPIA DE SU FACTURA / RECIBO MÁS RECIENTE</b>				
¿Qué ayuda está solicitando? (SÓLO 1)		¿Tienes alguna otra fuente de calor?		¿Estás ahora sin combustible?
<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Pelotillas <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Troncos Fabricados		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Pelotillas <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Troncos Fabricados <input type="checkbox"/> Calentador		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ¿Cuántos días quedan?
<b>Si utiliza combustible para calefacción doméstica no eléctrico, complete lo siguiente:</b>				
¿Dónde se compra combustible para calefacción?	Número de cuenta	En un mes, uso sobre:	Importe	Unidades
<p><b>SOLO USO DOMÉSTICO:</b> 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.</p>				
<p><b>CONSENTIMIENTO / VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN:</b> 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.</p>				
<p><b>APELACIÓN:</b> 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.</p>				
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: <input type="checkbox"/> Blanco/Europeo <input type="checkbox"/> Nativo Am/Alaskan <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Am		¿Hispano/Latino?
El Sexo :	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otra: _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nivel de educación:	<input type="checkbox"/> 0-8th Grado <input type="checkbox"/> 9th to 12th Grado <input type="checkbox"/> HS Graduado/GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Grado de Universidad		
¿Esta persona tiene seguro de salud?	Marque todas las <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Limitado de Habla Inglés <input type="checkbox"/> Granjero(a)		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro/Privado	que aplican: <input type="checkbox"/> Trabajadores Agrícolas <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Sestacional		

#### MIEMBRO DEL HOGAR 1

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

#### MIEMBRO DEL HOGAR 2

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

#### MIEMBRO DEL HOGAR 3

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

#### MIEMBRO DEL HOGAR 4

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

<b>Información del solicitante</b>	
Nombre:	
Dirección:	

<b>Sección 1: Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar?</b>					
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)			
		Compensación de Trabajadores	Desempleo	Programa del Gobierno	Manutención de los hijos
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		Pago de anualidades	Pensión	Pagos de casino tribal	Ingresos por alquiler
					Beneficios del seguro

<b>Sección 2: Está gastando sus ahorros o dinero prestado para cubrir sus gastos mensuales?</b>		
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? _____

<b>Sección 3: Por favor, díganos cómo usted pagó estos gastos mensuales durante los meses anteriores:</b>			
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: _____

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

**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

### **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

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 Consumidor (California Consumer Privacy Act). Para obtener más información, solicite una copia de nuestra política de privacidad o encuéntrela en nuestro sitio web [www.PacificPower.net/Privacy](http://www.PacificPower.net/Privacy).

**ADMINISTRADOR DE LA PROPIEDAD / INFORMACIÓN SOBRE LAS INSTALACIONES**

(Es necesario que proporcione toda la información solicitada. Por favor, escriba en letra de molde legible).

Número de cuenta: El administrador de la propiedad puede encontrar esta información en la esquina superior derecha del recibo de Pacific Power

Parque de casas móviles / nombre de otra instalación con medidor de consumos secundario \_\_\_\_\_

Parque de casas móviles / nombre de otra instalación con medidor de consumos secundario \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del administrador o propietario \_\_\_\_\_ Número telefónico durante el día, incluido el código de área \_\_\_\_\_

Domicilio postal del administrador o propietario \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE** (Es necesario que proporcione toda la información solicitada. Por favor, escriba en letra de molde legible).

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección de casa (apartados de correos, por favor) \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número telefónico durante el día, incluido el código de área \_\_\_\_\_

Actualmente tengo ingresos fijos y recibo ingresos o beneficios de una o más de las siguientes: pensiones, seguro social, subsidio obligatorio por enfermedad (SSP, por sus siglas en inglés) o beneficios personas con discapacidades (SSDI, por sus siglas en inglés), intereses/dividendos de cuentas de retiro, programa Medicaid/Medi-cal (para personas de 65 años en adelante) o ingresos de seguridad complementarios (SSI).

Cantidad de personas en su hogar en esta dirección  +  =   
Adultos Niños Total

Ingreso total anual combinado del hogar    ,

**ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA**

Marque (✓) esta casilla si usted o alguien en su hogar participa en alguno de los siguientes programas:

- Medi-Cal/Medicaid
- CalFresh/SNAP (cupones para alimentos)
- CalWorks (TANF)/Tribal TANF
- WIC
- Medi-Cal para Familias (Medi-Cal for Families)
- Familias Saludables A&B (Healthy Families A&B)
- LIHEAP
- Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program, NSLP)
- Asistencia General de la Oficina de Asuntos Indígenas
- Ingresos elegibles para el programa Head Start. (tribal únicamente)

**Si marcó la casilla de Elegibilidad para el Programa de Asistencia Pública arriba, SALTE a la sección DECLARACIÓN.**

**ELEGIBILIDAD DE INGRESOS**

Marque ( ) esta casilla si cumple con los requisitos de los lineamientos de ingresos. Los solicitantes deben sumar todas las fuentes del ingreso anual bruto combinado del hogar de TODAS las fuentes. Incluye ingresos sujetos a impuestos y no sujetos a impuestos antes de deducciones para todas las personas que viven en su hogar.

- Pensiones
- Seguro social
- SSP or SSDI
- Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación
- Salarios o ganancias del trabajo autónomo
- Subsidios de desempleo
- Pagos por discapacidad o compensación por accidente laboral
- Ingresos por alquiler o regalías
- Becas, subvenciones u otra ayuda utilizada para gastos de manutención
- Seguros o conciliaciones judiciales
- Manutención conyugal o de los hijos
- Efectivo u otros ingresos

**DECLARACIÓN (Lea atentamente y firme abajo)**

Al firmar esta declaración, declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. También acepto seguir los términos y condiciones del programa CARE.

Entiendo que Pacific Power se reserva el derecho de verificar la elegibilidad de mi hogar y acepto proporcionar prueba de elegibilidad, si se me solicita. 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 Pacific Power si ya no califico para recibir el descuento. Entiendo que si recibo algún descuento sin calificar para él, es posible que deba devolver el descuento recibido. Entiendo que Pacific Power puede compartir mi información con otras empresas de servicios públicos o agencias para inscribirme en sus programas de asistencia.

Firma del cliente de Pacific 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](http://PacificPower.net/Wildfire).

El programa Tarifas Alternativas para Energía en California (California Alternate Rates for Energy, CARE) ofrece un descuento de 25% en las facturas mensuales de electricidad para clientes elegibles.

**Para calificar para CARE, los clientes deben cumplir con los siguientes requisitos de elegibilidad e ingresos:**

- La factura de Pacific Power debe estar a su nombre.
- Debe vivir en la dirección que recibirá el descuento.
- No es posible que se le reclame como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de otra persona que no sea su pareja.
- Deberá renovar su solicitud cada dos años o cuando Pacific Power lo solicite.

**Hay dos maneras de reunir los requisitos para CARE:**

- Puede reunir los requisitos si usted o alguien en su hogar participa en cualquier de los programas de asistencia pública elegibles.
- 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	
Ingreso bruto anual total del hogar Vigente a partir del 1 de junio del 2024 hasta el 31 de mayo del 2025	
Tamaño del Hogar	Límite Máximo de Ingresos para Elegibilidad*
1 a 2	\$40,880
3	\$51,640
4	\$62,400
5	\$73,160
6	\$83,920
7	\$94,680
8	\$105,440
Cada persona adicional	\$10,760

\*Cálculo del límite máximo = 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](http://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

