



DEL NORTE SENIOR CENTER

PROGRAMA DE LA ENERGÍA APLICACIÓN

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

Nombre del Solicitante		Inicial	Apellido																															
Número de Seguro Social.		Fecha de Nacimiento	Número de Telefono	<input type="checkbox"/> Mensaje																														
Cónyuge / nombre de otro miembro adulto Household		Inicial	Apellido																															
Domicilio en que se recibe el servicio de energía (No use Apartado Postal - P.O. Box) <input type="checkbox"/> Marque si han vivido aquí todos los anteriores 12 meses.				Número de Unidad																														
Ciudad (en que se recibe el servicio)		Condado	Estado	Código Postal																														
		Del Norte	CA																															
Domicilio Postal <input type="checkbox"/> Marque si es igual que la direccion del servicio.				Número de Unidad																														
Ciudad d su domicilio postal		Condado	Estado	Código Postal																														
		Del Norte	CA																															
INFORMACIÓN DEL HOGAR																																		
PERSONAS VIVENDO EN EL HOGAR Entrar el número de personas que son: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>De 2 años o menores</td><td></td></tr> <tr><td>De 3 años a 5 años</td><td></td></tr> <tr><td>De 6 años a 18 años</td><td></td></tr> <tr><td>De 19 años a 59 años</td><td></td></tr> <tr><td>De 60 años o mayores</td><td></td></tr> <tr><td>TOTAL EN EL HOGAR</td><td></td></tr> </table>		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		TOTAL EN EL HOGAR		INGRESOS ¿Cuántas personas en el hogar reciben ingresos? <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Entre el total bruto mensual (antes de impuestos) para todas las personas viven en el hogar: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>TANF</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>SSI/SSP</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>SSA/SSDI</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Sueldo(s)</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Interés</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Pensión</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Trabajo autónomo</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>Otros</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> <tr><td>TOTAL INCOME</td><td style="text-align: right;">\$</td></tr> </table>		TANF	\$	SSI/SSP	\$	SSA/SSDI	\$	Sueldo(s)	\$	Interés	\$	Pensión	\$	Trabajo autónomo	\$	Otros	\$	TOTAL INCOME	\$	TIPO DE VIVIENDA Casa para una familia / casa Casa Rodante Dúplex/complejo de apartamentos con menos de 4 unidades. Complejo de apartamentos con más de 4 unidades. Otros Soy dueño de mi casa Alquilo mi casa Otros
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																																		
TOTAL EN EL HOGAR																																		
TANF	\$																																	
SSI/SSP	\$																																	
SSA/SSDI	\$																																	
Sueldo(s)	\$																																	
Interés	\$																																	
Pensión	\$																																	
Trabajo autónomo	\$																																	
Otros	\$																																	
TOTAL INCOME	\$																																	
¿Usted o alguien en su casa ACTUALMENTE recibe CalFresh (estampillas de comida)?				SI NO																														

POR FAVOR COMPLETAR Y FIRMAR LA PÁGINA 2



DEL NORTE SENIOR CENTER

PROGRAMA DE LA ENERGÍA APLICACIÓN

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

UTILIDADES ELÉCTRICAS - DEBE PRESENTAR UNA COPIA DE SU BILL MÁS RECIENTE							
¿Todo eléctrico?	SI NO	Pacific Power & Light	Incluido en alquiler/submedido.	Solar/Off-grid.	Nada/Otros		
Número de Cuenta:			Nombre del cliente en factura de servicios:				
¿Tienes un pasado monto adeudado?		SI NO	¿Se apaga la electricidad?		SI NO		
COMBUSTIBLE DE CALEFACCIÓN CASERA - DEBE PRESENTAR UNA COPIA DE SU BILL MÁS RECIENTE							
¿Cuál es el principal combustible que se utiliza para calentar su casa? (SÓLO 1) Electricidad Fuel Oil Bolitas Gas Natural Madera Otros Queroseno Propano No lo sé		¿Tiene alguna otra fuente para calentar su casa? No Fuel Oil Propano Bolitos Madera Queroseno Calentador eléctrico Otros		Suministro de combustible ¿Es actualmente fuera de casa de calefacción combustible?		SI NO	
				¿Cuántos días hasta que acabe?			
¿Dónde compras generalmente combustible de calefacción casera?			Número de Cuenta:				
<p>INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL PROGRAMA: NOMBRE DEL ORGANISMO: Servicios a la Comunidad y el Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP). AUTORIDAD: Gobierno código sección 16367.6 (a) nombres CSD como organismo responsable de administrar HEAP. PROPÓSITO: La información que proporcione se utilizará para decidir si usted es elegible para un servicio de pago y/o climatización de LIHEAP. DAR INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si usted decide solicitar asistencia, usted debe proporcionar toda la información requerida. OTRA INFORMACIÓN: CSD utiliza definiciones de estadísticas de la actualización anual de ingreso de estado del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Pautas de Pobreza de Ingresos Federal, para determinar la elegibilidad para el programa. Durante el proceso de aplicación, subcontratista designado de CSD necesite pedirle más información decidir su elegibilidad para los programas de uno o ambos. ACCESO: Subcontratista designado de CSD mantendrá su solicitud y otra información, si se utiliza, para determinar su elegibilidad. Usted tiene el derecho a acceder a todos los registros con información acerca de usted. CSD no discrimina en la prestación de servicios sobre la base de raza, credo religioso, color, origen nacional, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.</p> <p>RECURSO: Entiendo que si se niega mi solicitud de LIHEAP/DOE beneficios o servicios, o recibir respuesta prematura o desempeño insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito con el proveedor de servicio local y mi apelación será revisada no más tarde de 15 días después de recibe la apelación. Si no estoy satisfecho con decisión del proveedor local entonces puedo apelar al Departamento de Servicios a la Comunidad y el Desarrollo en virtud del título 22, código de regulaciones de California Sección 100805.</p> <p>CONSENTIMIENTO / VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: La información en esta solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para asistencia. Mi firma da su consentimiento para esta información sea compartida con otras oficinas de los gobiernos estatales y federales, sus subcontratistas designados, mi compañía(s) utilidad y para mi compañía(s) de utilidad para compartir información de mi cuenta con CSD, sus subcontratistas designados y otras oficinas de los gobiernos estatal y federales con el propósito de proveer servicios a mí y coordinar , mejorar y reducir los costes 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 desde la fecha de firma a menos que lo contrario revocada por mí en la escritura. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información en esta solicitud es verdadera, correcta, y que los fondos recibidos se utilizará únicamente con el propósito de pagar mis gastos de energía.</p>							
Firma del Solicitante		Fecha		Firma del testigo (si firma con una X)			
DEBE PRESENTAR UNA COPIA DE SU FACTURA DE SERVICIOS MÁS RECIENTE CON ESTA APLICACIÓN.							



DECLARACIÓN DE LA UTILIDAD DE LA RESPONSABILIDAD

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO

INICIAL

SERVICIO DIRECCIÓN

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

La factura a la dirección anteriormente indicada es en el nombre de: _____

Esta persona es mi _____.

Debo pagar el monto total de la factura cada mes.

Parte de la factura se incluye en mi alquiler o los inhaladores por mi casero. El importe de mi alquiler que cubre utilidades, o la cantidad que se mide el para este mes es de \$ _____

Firma del propietario

Fecha

Dirección

Número de Teléfono

Certifico que toda información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Soy consciente de que voluntariamente y a sabiendas falsifica información puede llevar a proceso penal. Yo soy la única persona en mi familia que ha solicitado la asistencia de energía.

Firma del Solicitante

Fecha