

Energy Intake Form

CSD 43 (Rev. 1/2/09)

0						0	0	0	0				
						A.C.C.							
ApplicationID						JobID							

Utility Assistance:				Weatherization:			
<input type="checkbox"/> HEAP	<input type="checkbox"/> Fast Track	<input type="checkbox"/> Supplement	_____	<input type="checkbox"/> DOE	<input type="checkbox"/> LIHEAP WX	<input type="checkbox"/> ECIP HCS	

Agency:		Intake Initials:		Intake Date:		Fecha de Nacimiento	
Nombre		Inicial	Apellido	m	m	d	d
Domicilio Postal						Número de Unidad	
Ciudad (de su domicilio postal)			Condado	Estado	Código Postal		
Domicilio en que se recibe el servicio de energía (No use Apartado Postal - P.O. Box.)						Número de Unidad	
Ciudad (en que se recibe el servicio)			Condado	Estado	Código Postal		

Número de Seguro Social		Número de Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje		Incluyendo al solicitante, escriba el número de personas que viven en su hogar.	
_____		_____		_____	

Usted también puede ser elegible para recibir descuentos mensuales en costos de energías con otras compañías que ofrecen programas de tarifas reducidas. ¿Cuál compañía de servicios de energía le gustaría que se pagara? _____ Energy Cost _____		Escriba el total del ingreso mensual, en bruto, de todas las personas que viven en su hogar: TANF \$ _____ SSI/SSP \$ _____ SSA \$ _____ Sueldo(s) \$ _____ Interés \$ _____ Pensión \$ _____ Otros Ingresos \$ _____ TOTAL \$ _____	
Número de Cuenta _____ Energy Burden % _____ Nombre del Cliente (como aparece en la factura) _____			
<input type="checkbox"/> Marque aquí si el pago de energía está incluido en la renta o si el servicio de energía es sub-medido.			

For Official Use Only Weatherization Assessment		<input type="checkbox"/> Type of Cooling 1 Window/Wall 2 Central 3 Evap. Cooler 4 Fan(s) 5 Portable Device 6 None 7 Other: _____		<input type="checkbox"/> Type of Water Heater 1 Gas 2 Electric 3 Other: _____		Información Demografica Escriba el número de personas en su hogar que son: 1 De 2 años o menores _____ 2 De 3 años a 5 años _____ 3 De 6 años a 18 años _____ 4 De 60 años o mayores _____ 5 Incapacitados _____ 6 Campesinos Migratorios _____ 7 Americanos Nativos _____ 8 Personas con Inglés Limitado _____ 9 Campesinos Temporales _____	
<input type="checkbox"/> Type of Dwelling 1 SFD-Owner, 1 unit 2 SFD-Rental, 1 unit 3 MFD-Owner, 2-4 units 4 MFD-Rental, 2-4 units 5 MFD-Owner, 5 or more units 6 MFD-Rental, 5 or more units 7 Mobile Home-Owner 8 Mobile Home-Rental 9 Shelter - # of Units _____ Total # of Residents _____ 10 Unoccupied - MFD 2-4 units 11 Unoccupied - MFD >5 units		<input type="checkbox"/> Heating Fuel 1 Electric 2 Natural Gas 3 Wood 4 Propane 5 Fuel Oil 6 Kerosene 7 Other: _____ 8 None		<input type="checkbox"/> Type of Range 1 Gas 2 Electric 3 Other: _____		<input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> HUD Unit <input type="checkbox"/> Built Pre-1979 <input type="checkbox"/> Lead-Free Cert <input type="checkbox"/> Non Applicable	
<input type="checkbox"/> Agency Defined 1 <input type="checkbox"/> Agency Defined 2 <input type="checkbox"/> Agency Defined 3 <input type="checkbox"/> Agency Defined 4							

<input type="checkbox"/> House Weatherized	<input type="checkbox"/> Referred for Weatherization	<input type="checkbox"/> Referred for RRP	<input type="checkbox"/> Referred for ECIP HCS
--	--	---	--

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. Entiendo que si mi aplicación para beneficios o servicios de LIHEAP 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 mas que 15 días después de que la apelación se solicita. Si yo no estoy satisfecho con la decision del proveedor de servicios entonces puedo apelar al Department of Community Services and Development conforme al Titular 22, Codigo de California seccion 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 unicamente con el objetivo de pagar mis gastos de consumo de energía.

_____ Firma del Solicitante _____ Fecha _____ Firma del Testigo (si firmó con una X)

Declaracion de Confidencialidad/Informacion Adicional

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 el Programa de Tarifas Reducidas. 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, u orientación sexual.