

## **PROGRAMAS DE SERVICIO DE UTILIDADES Y DE ACLIMATIZATION**

Usted puede calificar para asistencia en servicios de utilidades y aclimatización en su hogar (renta o propio) sin costo alguno a través del programa de fondo Federal de bajos ingresos de asistencia de energía "Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)". La calificación de este programa se basa en ingresos brutos mensuales totales del hogar (ver anexo adjunto).

Debido a recortes significativos financieros, el Gobierno Federal nos obliga a seguir una clasificación de prioridad. La prioridad más alta es para aquellos hogares que tienen bajos ingresos con altos costos de energía, teniendo en consideración los hogares con las personas de la tercera edad, incapacitados, niños menores de seis años de edad y personas con condición médica potencialmente mortal (se requiere certificación médica). Esto significa que algunos hogares que recibieron asistencia en años pasados ya no recibirán asistencia porque su nivel de prioridad ya no está entre los más necesitados.

Asistencia se basa en el número de personas en el hogar, ingresos brutos del hogar, costos de energía y disponibilidad financiera. Se determina elegibilidad final sólo después de recibir la solicitud completada y firmada así como todos los documentos requeridos.

Para aplicar al programa se debe completar la solicitud adjunta. Escriba claramente, utilizando una pluma, no utilice un lápiz. Si usted comete un error, no use corrector. Simplemente dibuje una línea a través del error marque su inicial y escriba la información correcta. Recuerde que debe firmar y escribir la fecha en su solicitud.

- Si se determina que usted es elegible para **ASISTENCIA DE UTILIDADES** la duración del proceso de aprobación de su solicitud hasta que se otorgue el pago final es aproximadamente de 4 a 8 semanas. *Durante este tiempo usted debe continuar pagando su recibo.* Puede aplicar para servicios de asistencia de utilidades una vez por año.
- Si su solicitud es aprobada para **ACLIMATIZACION**, el período de tiempo a partir de la aprobación de su aplicación y el trabajo terminado puede tomar aproximadamente de 1 a 4 meses, dependiendo de los cambios y mejoras que van a ser instalados en su hogar.

Una lista de documentos obligatorios está incluida en este paquete para ayudarle en su proceso de solicitud. Aplicaciones incompletas y sin firma retrasarán su petición.

**Recuerde: Los fondos son limitados y no todas las personas que califican pueden recibir asistencia.**



2038 Iowa Avenue, Suite B-102, Riverside, CA 92507  
P.O Box 5760, Riverside, California 92517-5760  
(951) 955-4900 ~ 1-800-511-1110  
TTY: (951) 955-5126

## LISTA DE DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA EL PROGRAMA DE LIHEAP

**Todos los documentos deben de ser incluidos. Aplicaciones incompletas no serán procesadas y serán devueltas.**



**Forma CSD43 (revisada 10/2017)**  
Llene y firme - ambos lados - Favor no utilizar corrector

**Forma CSD600 "Statement of Citizenship"**  
Llene y firme - ambos lados - **Favor no utilizar corrector**

**Más reciente recibo de gas natural o gas propano**  
Recibo completo (todas las paginas). Indicando 22 o más días (consumo)

**Más reciente recibo de electricidad**  
Recibo completo (todas las paginas). Indicando 22 o más días (consumo)

**Nota de desconexión o nota de urgencia (si ha recibido)**

**Incluido en la renta:** Sí sus servicios de utilidades son incluidos en la renta, usted necesita adjuntar copia de su contrato de alquiler o renta y usted así como el propietario o administrador de su vivienda deben de llenar la forma adjunta "UTILITIES INCLUDED IN THE RENT" (Utilidades incluidas en la renta)

**Todo Eléctrico:** Si su hogar es "TODO ELECTRICO"; favor indique en la aplicación (CSD43)

**Ingresos del Hogar**

*Ambos recibos de gas y electricidad (completos) son necesarios para poder procesar la aplicación.*

**Deben de ser los más recientes (dentro de las últimas 4-semanas) - Necesario de todos los miembros del Hogar**

- Talones de pago: copia de todos los talones de pago (últimas 4-semanas), pago consecutivo, completo (del mes). Si falta uno de los talones de pago, favor incluir una explicación detallada.
- Talones de pago del desempleo: copias de EDD y/o documentación apropiada reflejando un mes completo (consecutivo) de pago (dentro de las ultimas 4-semanas).
- Ingreso de deshabilitados y/o cancelación de ingresos (Del Estado - EDD o Compensación del Trabajador)
- Manutención de niños
- Manutención de esposo/a
- Seguro Social (SSA) - estado bancario más reciente indicando depósito directo, carta de adjudicación del año en curso (2018) copia del cheque.
- Seguro Suplementario (SSI) - estado bancario más reciente indicando depósito directo, carta de adjudicación del año en curso (2018) copia del cheque.
- TANF (ayuda en efectivo) Nota de acción más reciente o "Passport to Service" (Mes actual)
- Pensiones o rentas vitalicias: declaraciones anuales o carta de adjudicación más reciente solamente. Estados de cuentas bancarios reflejando depósito directo **NO** son aceptados para comprobar ingreso de pensiones.
- Trabajador autónomo (forma de impuestos 1040 del pago de impuesto del más reciente año y "Schedule C") o diario de ganancias y pérdidas (1-mes)
- Prueba de dinero ganado en efectivo (declare tipo de trabajo y cantidad de dinero recibido dentro de las últimas 4-semanas)

**Survey of Income and Expense - CSD-43B**  
Se necesita solamente si usted u otro miembro de su hogar de 18 o más declara "cero" ingresos  
El solicitante debe firmar y ponerle fecha. **Favor no utilizar corrector**

**Identificación - requerida solo de la persona que aplica (uno de los siguientes):**  
Tarjeta de identificación con foto indicando nombre legal, identificación de California u otra identificación valida  
**Copia de la tarjeta del seguro social (solo para la persona que aplica)**

**Prueba legal de Ciudadanía de los EE.UU o estado de residente (para la persona aplicante solamente). Proveer uno de los siguientes documentos:**  
**El solicitante debe presentar prueba de ciudadanía Estadounidense o estado de residente legal en el momento de la admisión de la solicitud o dentro de los 30 días**

- Certificado de nacimiento (en los EE.UU)
- Certificado de Ciudadanía o Naturalización
- DD214 Certificado del Servicio Militar - **debe de indicar lugar de nacimiento**
- Tarjeta **Permanente** de Residencia (tarjeta verde o mica) -- tarjeta temporal de empleo - **NO ES**
- **ACEPTADA** Pasaporte de los EE.UU o ID..
- Certificado de Bautismo (**debe de indicar lugar de nacimiento**)

**Favor incluir lo siguiente:**

- Nota de Acción de Estampillas de Comida (la más reciente)
- Ayuda para vivienda para personas de bajos ingresos (mes actual) Sección 8 - HUD
- Si es inquilino o propietario y está interesado en Aclimatización debe de llenar la forma **CSD515A (Rev. 2/12/16) Energy Service Agreement for Occupant y el CSD515C (Rev.21/12/16 Energy Service Agreement for Rental Property Owner. Favor no use corrector.**
- También debe de llenar la forma CSD081 "Client Customer Consent"
- Para Propietarios de casa mobile, se requiere el título de registro (Reciente)

**LIHEAP PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA UTILIDADES Y ACLIMATIZACION**  
**2020 NIVELES DE POBREZA – Valido hasta 12/31/2020**

No. de miembros del hogar	Ingreso Mensual	Ingreso Anual
1	\$2,296.93	\$27,563.16
2	\$3,003.67	\$36,044.04
3	\$3,710.42	\$44,525.04
4	\$4,417.17	\$53,006.04
5	\$5,123.91	\$61,486.92
6	\$5,830.66	\$69,967.92
7	\$5,963.18	\$71,558.16
8	\$6,095.69	\$73,148.28
9	\$6,228.21	\$74,738.52
10	\$6,360.72	\$76,328.64
11	\$6,493.24	\$77,918.88
12	\$6,625.75	\$79,509.00
13	\$6,758.27	\$81,099.24
14	\$6,890.78	\$82,689.36
15	\$7,023.30	\$84,279.60

**LIHEAP PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA UTILIDADES Y ACLIMATIZACION**  
**2021 NIVELES DE POBREZA – Valido hasta 12/31/2021**

No. de miembros del hogar	Ingreso Mensual	Ingreso Anual
1	\$2,431.09	\$29,173.08
2	\$3,179.11	\$38,149.32
3	\$3,927.14	\$47,125.68
4	\$4,675.17	\$56,102.04
5	\$5,423.19	\$65,078.28
6	\$6,171.22	\$74,054.64
7	\$6,311.48	\$75,737.76
8	\$6,451.73	\$77,420.76
9	\$6,591.99	\$79,103.88
10	\$6,732.24	\$80,786.88
11	\$6,872.50	\$82,470.00
12	\$7,012.75	\$84,153.00
13	\$7,153.01	\$85,836.12
14	\$7,293.26	\$87,519.12
15	\$7,433.52	\$89,202.24

## VERIFICACION DE INGRESOS

1. La prueba de ingresos que presente debe de ser la más reciente y debe de cubrir las últimas cuatro (4) semanas de la fecha en que se presenta la solicitud.
2. **Ingreso Bruto Total** (antes de las deducciones) debe de ser reportado por todos los miembros de la familia que vivan en el hogar y que reciban ingresos al momento de presentar la solicitud.
3. **POR FAVOR ENVIE COPIAS. ORIGINALES NO PUEDEN DEVOLVERSE**

INGRESO CONTABLE	INGRESO NO COANTABLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF): Notificación de Acción o carta de beneficio, copia del cheque de “welfare”.</li> <li>• Ingreso de Seguro Suplementario: Aviso de Acción planificada o Formulario 2458, copia impresa computarizada de la oficina del Seguro Social, copia del estado de cuenta bancario que muestre el depósito directo de SSI: copia de cheque de SSI.</li> <li>• Seguro Social: copia del cheque(s) reciente(s): formulario 4926 o 2458 de Seguro Social, una copia impresa computarizada de la Oficina de Administración del Seguro Social.</li> <li>• Pensión y pensiones vitalicias: copia de un cheque reciente, verificación por carta o declaración anual del plan de pensión.</li> <li>• Talones de cheques de salario: talones recientes que cubran un período de un mes mostrando el ingreso bruto.</li> <li>• Dividendos (i.e. bonos, cuentas de ahorros) regalías (i.e. compensación de uso de propiedad).</li> <li>• Ingreso por interés: estado de cuenta bancario mensual o trimestral, estado de cuenta del ingreso por interés de un banco o agencia.</li> <li>• Compensación por incapacidad: copia de un cheque reciente, copia impresa computarizada o carta de la agencia o compañía de seguro que verifique la cantidad de la compensación.</li> <li>• Pagos de seguros o anualidades regulares.</li> <li>• Workers compensation.</li> <li>• Compensación por incapacidad: copia de un cheque reciente, copia impresa computarizada o carta de la agencia o compañía de seguro que verifique la cantidad de la compensación.</li> <li>• Reembolso de jurado.</li> <li>• Pago militar.</li> <li>• Sustento de hijos y/o cónyuge; copia de un cheque reciente.</li> <li>• Sustento por parte de un individuo: copia de un cheque y declaración firmada por la persona que proporciona el apoyo regular (mensual).</li> <li>• Beneficios de Veteranos: carta indicando recibo de Pensión de Veteranos, copia del cheque de la Administración de Veteranos de Guerra <b>del mes en curso</b>.</li> <li>• Formulario 1040 de Impuestos Federales firmado (válido hasta el 15 de Abril del próximo año de impuestos): SOLO SERA ACEPTADO PARA PERSONAS QUE TRABAJAN POR SU CUENTA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos financieros.</li> <li>• Asistencia por Adopción.</li> <li>• Asistencia para los programas de: Abuelos Adoptivos y Acompañantes de Ancianos.</li> <li>• Asistencia educacional – ingresos de estudiantes a través de becas, préstamos o becas de Pell.</li> <li>• Haberes Retirados del Banco.</li> <li>• Beneficios de Intereses de Hipotecas.</li> <li>• La Venta de Propiedades (Automóvil o vivienda).</li> <li>• Devolución de Impuestos.</li> <li>• Obsequios.</li> <li>• Préstamos.</li> <li>• Adelanto de Pago.</li> <li>• Suma de venta de una propiedad.</li> <li>• Suma de herencias.</li> <li>• Pago de combate militar.</li> <li>• Remuneración de seguro.</li> <li>• Compensación por accidente.</li> <li>• Retiro de Ahorros.</li> <li>• Estampillas de Alimentos sin Especificación del Monto de Beneficio.</li> <li>• Programas de Beneficios Federales (Medicare, Medicaid, Almuerzo Escolar, y Asistencia para Vivienda).</li> <li>• Beneficio de Alimentación y Vivienda en Reemplazo de Sueldo.</li> <li>• Formularios de W2 y tarjetas de Medi-Cal no son aceptados como prueba de ingresos.</li> <li>• Asistencia de Adopción.</li> <li>• Ingresos tributarios devengados.</li> <li>• Calfresh (asistencia de comida).</li> <li>• HUD (asistencia de renta).</li> </ul>

**Department of Community Services and Development**

Energy Intake Form

CSD 43 (10/2017)

*Solo para uso oficial*

Priority Points

A.C.C.

Agency: Intake Initials: Intake Date: Eligibility Cert Date

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento MM/DD/YY
--------	----------------------------	----------	---------------------------------

**DOMICILIO DE SERVICIO – Domicilio de residencia (no casilla de correo)**

Domicilio De Servicio	Número de unidad
-----------------------	------------------

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

¿Ha vivido en este domicilio durante los últimos 12 meses corridos? .....  Sí  No

¿Su domicilio de servicio es el mismo que su domicilio de residencia?.....  Sí  No

Domicilio postal	Número de unidad
------------------	------------------

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

Número de seguridad social (SSN):	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											Número telefónico (      )

Correo Electronico:

<b>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR</b> Ingrese la cantidad total de personas que viven en el hogar incluido usted <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">➔</div>		<b>INGRESOS</b> Ingrese la cantidad total de personas que reciben ingresos <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">➔</div>	
--	--	--	--

Datos demográficos: Ingrese la cantidad de personas en el hogar que son:	Indique e el ingreso mensual <b>bruto</b> total de <b>todas</b> las personas que viven en el hogar:
--	---

Edades 0 – 2 años		TANF / CalWorks	\$
Edades 3 - 5 años		SSI / SSP	\$
Edades 6 - 18 años		SSA / SSDI	\$
Edades 19 - 59		Cheque(s) de pago	\$
Edades mayor de 60 años		Intereses	\$
Discapacitado		Pensión	\$
Nativo Americano		Otro	\$
Trabajador agrícola estacional o migrante		<b>Ingreso mensual total</b>	<b>\$</b>

**INTEGRANTES DEL HOGAR**

INGRESE LA INFORMACIÓN DE **TODOS** LOS INTEGRANTES DEL HOGAR  
 Si en su hogar viven más de 7 personas, incluya su información en una hoja adicional.

Nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento MM/DD/YY	Monto del ingreso bruto total (Antes de impuestos y deducciones)	Fuente de ingresos
		Usted			
<b>Monto del ingreso bruto mensual total del hogar</b>				<b>\$</b>	

¿Usted o alguien de su familia recibe ACTUALMENTE CalFresh (Cupones para alimentos)?  Sí  No

¿Usted o alguien de su familia recibe ACTUALMENTE Housing (asistencia con la renta)?  Sí  No

**FACTURA DE PAGO**

¿A qué factura de energía (ELIJA SÓLO UNA) desea que se aplique el beneficio LIHEAP? (Adjunte una copia completa de la factura o recibo más reciente).

Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite combustible  Kerosene  Otro combustible

**Ingrese la empresa de energía y el número de cuenta:**

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ No. de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Su servicio público está interrumpido?  Sí  No

¿Recibió una notificación por atraso?  Sí  No

¿Sus servicios públicos están incluidos en la renta?  Sí  No

¿Sus servicios públicos son todos eléctricos?  Sí  No

¿Su empresa de gas natural es la misma que su empresa eléctrica?  Sí  No

**SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)**

¿Actualmente no tiene combustible? (madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles)  Sí  No  N/A

**Indique la cantidad aproximada de días que quedan antes de que se quede sin combustible**

(madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles). Cantidad de días: \_\_\_\_\_  N/A

**INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA**

Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS**. Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su hogar. **Debe** presentar una copia de **todas** las facturas o recibos de energía recientes por todos los costos de energía doméstica. **NOTA:** Debe incluirse una copia de una factura eléctrica aun cuando no use electricidad para calentar su hogar.

¿Cuál es el combustible que más utiliza para **CALENTAR su hogar?** DEBE marcar una fuente principal.

Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite combustible  Kerosene  Otro combustible

**Además de su fuente de calefacción principal, ¿usa alguno de los siguientes para calefaccionar su hogar? (puede elegir más de uno):**

Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite combustible  Kerosene  Otro combustible  N/A

¿Está interesado en aclimatización?  Yes  No **Si lo está, es usted el inquilino**  Sí  No **o propietario?**  Sí  No

¿Usted es el titular de: **La factura de Electricidad**  Yes  No **La factura de Gas Natural**  Yes  No

La información de la presente solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar a continuación, presto mi consentimiento (permiso) al CSD, sus contratistas, consultores y otras oficinas federales o estatales (socios del CSD) y a mi empresa de servicios públicos y a sus contratistas para entregar información acerca de mi cuenta de servicios públicos doméstica, consumo de energía u otra información necesaria para prestarme los servicios y beneficios descritos al final del presente formulario. Mi consentimiento tendrá vigencia por un plazo de 24 meses anteriores a la fecha de firma que se consigna a continuación y hasta 36 meses después. Entiendo que si mi solicitud para los beneficios o servicios LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta fuera de término o una prestación no satisfactoria, podré presentar una apelación escrita ante el proveedor del servicio local, y esta apelación será evaluada no más de 15 días después de su recepción. De no estar conforme con la decisión del proveedor del servicio, podré apelar ante el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo conforme al Artículo 100805, Título 22 del Código de Normas de California. De resultar aplicable, autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costos a mi cargo. Declaro, bajo pena por falso testimonio, que la información incluida en la presente solicitud es verdadera, correcta, y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente a los Pagos de mis costos de energía.

**X**

\*\*\* FIRMA DEL SOLICITANTE \*\*\*

Fecha

NOMBRE DE LA OFICINA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia en Energía Doméstica (HEAP). AUTORIDAD: El Artículo 16367.6 del Código de Gobierno (a) nombre a CSD como oficina responsable del manejo del HEAP. OBJETO: La información que usted proporciona será utilizada para decidir si resulta apto para el pago de LIHEAP o los servicios de climatización. ENTREGA DE INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información solicitada. OTRA INFORMACIÓN: CSD emplea definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas sobre Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Estado del Departamento de Servicios Médicos y Humanos para determinar la aptitud al programa. Durante el procesamiento de la solicitud, el subcontratista designado de CSD podría necesitar más información para decidir respecto de su aptitud para uno o ambos programas. ACCESO: El subcontratista designado de CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, de ser utilizada, para determinar su aptitud. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. CSD no discrimina al momento de prestar sus servicios como consecuencia de la raza, religión, color, nacionalidad, ancestros, discapacidad física, discapacidad mental, enfermedad, estado civil, sexo, edad ni orientación sexual.

**SOLICITANTE: NO COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.**

Utility Assistance being provided under which program →  HEAP  Fast Track  HEAP WPO  ECIP WPO  
 Base Benefit \$ \_\_\_\_\_ Supplement \$ \_\_\_\_\_ Total Benefit \$ \_\_\_\_\_

Total Energy Cost \$ \_\_\_\_\_ Energy Burden \_\_\_\_\_

Energy Services Restored after disconnection:  Sí  No Disconnection of Energy Services Prevented:  Sí  No

Home Referred for WX:  Home Already Weatherized:

**Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo**

CSD 43B (rev.12/2013)

**CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS**

Se le pide completar este formulario, ya que usted ha solicitado ayuda, y se informó que su hogar no puede dar prueba de ingresos. El Estado de California requiere que el solicitante informe de todas las fuentes de ingresos. Este formulario nos ayudará a entender cómo usted cumple con los gastos. Por favor, complete la siguiente información:

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 border="1"> <tr> <td>COMPENSACION DEL TRABAJO</td> <td>DESEMPLEO</td> <td>PROGRAMA DEL GOBIERNO</td> <td>MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS</td> </tr> </table>	COMPENSACION DEL TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	
COMPENSACION DEL TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS				
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)					
		<table border="1"> <tr> <td>PAGOS DE ANUALIDADES</td> <td>PENSIÓN</td> <td>PAGOS TRIBALES DE CASINO</td> <td>LOS INGRESOS POR ALQUILER</td> <td>BENEFICIOS DE SEGURO</td> </tr> </table>	PAGOS DE ANUALIDADES	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE CASINO	LOS INGRESOS POR ALQUILER	BENEFICIOS DE SEGURO
PAGOS DE ANUALIDADES	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE CASINO	LOS INGRESOS POR ALQUILER	BENEFICIOS DE 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? _____

Put Notary stamp below, if needed (DOE only) or have Executive Director Sign here

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	\$		<table border="1"> <tr> <td>Nombre:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección:</td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
Nombre:	Teléfono:						
Dirección:							
Facturas de servicios públicos	\$		<table border="1"> <tr> <td>Nombre:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección:</td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
Nombre:	Teléfono:						
Dirección:							
Alimentos	\$		<table border="1"> <tr> <td>Nombre:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección:</td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
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

## COMPROBANTE DE CIUDADANIA Y/O DOCUMENTOS QUE SON ACEPTADOS

Si es un residente de Los Estados Unidos cualquiera de los documentos que se indican a continuación pueden servir como certificado de nacimiento:

### A. Evidencia Primaria

- Certificado de nacimiento indicando nombre y lugar de nacimiento en uno de los 50 Estados de EE.UU
- Tarjeta de Residencia (Tarjeta verde)
- Pasaporte de Estados Unidos
- Reporte de nacimiento Estadounidense fuera de los Estados Unidos
- Certificado de naturalización
- Certificado de ciudadanía
- Tarjeta de Identificación que prueba ciudadanía
- Tarjeta de Identificación de Mariana del Norte
- Declaración proveída por un Representante Oficial del Consulado Americano
- Tarjeta de Identificación de Indios Nativos Americanos con Código de Clasificación "KC"

### B. Evidencia Secundaria

Si la persona que aplica no puede presentar uno de los documentos que aparecen en la lista descrita en el punto A, los siguientes documentos pueden utilizarse para comprobar ciudadanía ó nacionalidad Estadounidense:

- Registros Religiosos de EE.UU.
- Evidencia de empleo de servicio civil para el gobierno de los Estados Unidos antes de Junio 1, 1976
- Registros escolares que muestran admisión a la escuela, indicando nombre de los padres, fecha y lugar de nacimiento de EE.UU.
- Registro ó comprobante de Censo que comprueba ciudadanía Estadounidense
- Documentos de Adopción Final que muestran lugar de nacimiento en uno de los 50 Estados, Distrito de Columbia u otro lugar de Jurisdicción Estadounidense como: Puerto Rico, Guam, EE.UU Islas Vírgenes, Samoa Estadounidense o Las Islas de Mariana del Norte.
- DD214 (siempre y cuando indique lugar de nacimiento)
- Cualquier otro documento que indica y establece la ciudadanía Estadounidense

### C. Naturalización Colectiva

Si la persona que aplica no puede presentar uno de los documentos que aparecen descritos anteriormente en los puntos A y B, los siguientes documentos pueden comprobar y establecer la ciudadanía Estadounidense para aquellos individuos que han sido naturalizados en forma colectiva:

#### Puerto Rico:

- Evidencia de nacimiento en Puerto Rico

#### Islas Vírgenes (EE.UU.):

- Evidencia de nacimiento en las Islas Vírgenes

#### Islas Mariana del Norte (NMI):

- Evidencia de nacimiento en NMI (Islas Marianas del Norte)

**STATEMENT OF CITIZENSHIP or NON-CITIZEN STATUS FOR PUBLIC BENEFITS**

Nombre del Candidato que Aplica Para Solicitar Servicios de Energía:	Fecha:
Nombre de la Persona Representando al Candidato, si así fuera pertinente:	Parentesco con el Candidato:

**Beneficios Públicos para Ciudadanos y Residentes Legales**

**Ciudadanos y Nativos de los Estados Unidos** que llenan los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Asistencia de Personas de Bajos Recursos y/o los servicios de Aclimatización para Personas de Bajos Ingresos y deben de llenar la **Sección A y D**.

**Para aquellos que no son Ciudadanos** que llenan todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Energía para personas de Bajos Recursos y/o el Programa de Aclimatización para Personas de Bajos Recursos del Departamento de de energía y deben llenar las **Secciones A,B o C, y D**

**Sección A: Declaración de Ciudadanos y Residentes Legales**

1. Es el candidato ciudadano o nativo de los Estados Unidos?  Si  No  
Si la respuesta a la pregunta anterior es si, donde nació Ciudad/Estado
2. Para establecer ciudadanía o naturalización, favor provea con un de los documentos detallados en la Lista A (sírvasse encontrar adjunta) que sea legible y falto de alteraciones para establecer prueba.

Si es **Ciudadano o Nativo de los Estados Unidos**, favor vaya directamente a la **Sección D**.

Si **no es Ciudadano**, favor complete la **Sección B**, o si así aplica, la **Sección C**.

**Sección B: Declaración de Residentes Legales**

**Importante:** Para aquellos candidatos que no son ciudadanos por favor indique su estado legal en los Estados Unidos siguiendo la lista de documentos que se detallan a continuación. Esta lista contiene los documentos mas comúnmente otorgados por el Departamento de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS) como prueba de estadía legal. En caso de tener un documento que no sea parte de la lista que le se detalla a continuación, sírvase proveer dicho documento para comprobar evidencia legal de estadía en los Estados Unidos

1. La Evidencia incluye: Un extranjero legalmente admitido como residente permanente bajo el Acto de Inmigración y Naturalización (INA). Esta evidencia incluye:
- INS Forma I-5512 (Tarjeta de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como "green card"); o
  - Vigente Sello Temporal I-551 en el pasaporte extranjero ó en la forma de INS I-94
2. Un extranjero al cual se le ha concedido asilo bajo la sección 208 del INA. La evidencia incluye
- INS Forma I-94 con sello indicando el Permiso de Asilo bajo la sección 208 de Inmigración;
  - INS Forma I-668 B (Tarjeta de autorización de empleo estampado "274a.12(aA)(3)";
  - INS Forma I-766 (Documento de autorización de empleo) estampado "A5"; o
  - Carta de Asilo autorizado por la oficina de inmigración; ó
  - Orden de un juez de inmigración concediendo el asilo.
3. Un refugiado admitido a los Estados Unidos, bajo la sección 207 de Inmigración. Evidencia
- INS Forma I-94 con sello indicando admisión bajo sección 207 del Código de Inmigración
  - INS Forma I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) sellado "274a.12(a)(3)"; o
  - INS Forma I-766 (Documento de Autorización de Empleo) sellado "A3"; ó
  - INS Forma I-571 (Documento de Viaje para Refugiado).
4. Un Extranjero admitido bajo libertad provisional a los Estados Unidos por lo menos un año bajo la sección 212(d)(5) de INS. Evidencias incluye:
- INS Forma I-94 con sello mostrando admisión por lo menos de un año bajo la sección 212(d)(5) de INA.  
(El Solicitante no puede agregar períodos de admisión por mas de un año para llenar los requisitos del período de un año)

- 5. Un extranjero al cual su deportación esta siendo detenida bajo la sección 243 (h) de la ley de Inmigración (que se encuentra en efecto antes de Abril 1, 1997) ó sección 241 (b)(3) de tal Acto (como es amendado por la sección 305(a) de la división C de la Ley Pública 104-208). La evidencia incluye:
  - INS Forma I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotada “274a.12(a)(10)”;
  - INS Forma I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotado “A10”; ó
  - Orden del Juez de inmigración mostrando la suspensión de deportación bajo la sección 243(h) de INA efectivo antes de Abril 1, 1997, ó la suspensión removida bajo la sección 241(b)(3) de INA.
- 6. Un extranjero al cual se le a otorgado entrada condicional bajo la sección 203(a)(7) de INA en efecto antes de Abril, 1980. Evidencias Incluyen:
  - INS Forma I-94 con el sello mostrando la fecha de admisión bajo la sección 203(a)(7) de INA;
  - INS Forma I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotado “274a.12(a)(3)”;
  - INS Forma I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotada “A3.”
- 7. Un extranjero Cubano ó Haitiano (definido en la sección 501(e) del Acto de Asistencia de Educación para Refugiados de 1989). Evidencias Incluyen:
  - INS forma I-551 (Tarjeta de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como green card) con los códigos CU6, CU7, ó CH6;
  - Sello no expirado de I-551 en un pasaporte extranjero ó en la forma de INS-I-94 con el Código CU6 ó
  - INS Forma I-94 con el sello mostrando la entrada bajo libertad provisional como “Cubano/Haitiano Inmigrante” bajo la sección 212(d)(5) de INA; o que salio bajo libertad provisional después de 10/10/80 en condición especial para ciudadanos de Cuba y/o Haití.
- 8. Un extranjero que entró bajo libertad provisional a los Estados Unidos por menos de 1 año bajo la sección 212(d)(5) de INA. (Evidencia incluyen INS forma I-94 que compruebe esta condición)
- 9. Un extranjero que no este dentro de las categoría 1 al 8 que ha sido admitido a los Estados Unidos por un período de tiempo limitado (no inmigrante). No inmigrantes son aquellas personas que tienen un estado temporal por un propósito específico. (Evidencias incluyen la forma de INS-I-94 que demuestre este status)
- 10 Yo, certifico que mi estado de residencia en este país es de ciudadano y/o no ciudadano de los EE.UU ó residente legal , pero no puedo comprobar ó proveer apropiada documentación. (Solamente permitido bajo la “Energy Crisis Intervention Program – ECIP (Programa de Intervención de Crisis de Energía).

**Seccion C: Declaracion para Aquellos Inmigrantes que hayan sido maltratados**

**IMPORTANTE:** Complete esta sección en caso de que el solicitante, hijo del solicitante, ó padre del solicitante haya sido maltratado ó sujeto a situaciones de extrema crueldad en los Estados Unidos..

- 1. Inmigración ó el EOIR a concedido una petición ó aplicación hecha por el solicitante, en su representación, el hijo/a del solicitante o el padre/madre del solicitante bajo el INA ó que la petición este pendiente y de pie a un caso de prima facie en los Estados Unidos? Evidencias incluyen uno de los documentos en la lista B
- 2. Ha sido el solicitante, hijo del solicitante ó el padre/madre del hijo del solicitante maltratado ó sometido a extrema crueldad en los Estados Unidos por su pareja ó padre, ó por familiares de los padres ó miembros de familia que vivan en la misma casa (en donde la pareja y/o los padres, miembros familiares que vivan en la misma casa (donde la pareja o pariente consientan ó que hallan accedido al maltrato ó crueldad)?

**Seccion D: Certificacion**

**YO DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO, BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON VERDADERAS Y CORRECTAS A MI MEJOR CONOCIMIENTO**

Firma del Solicitante:	Fecha:
Firma de la persona representando al solicitante:	Fecha

Attachement: Lists A and B



County of Riverside
Community Action Partnership
Helping People. Changing Lives.

SERVICIO DE ENERGIA INCLUIDO EN LA RENTA (FORMA)

Estimado propietario/administrador:

El programa LIHEAP (Low Income Home Energy Assistance Program o Programa de Asistencia de Energía para Familias de Bajos Ingresos) provee asistencia con los pagos de gas y electricidad. Debido a cambios en alguno de los procedimientos del programa de LIHEAP, las personas que aplican a este programa deben demostrar que cantidad de los ingresos del hogar esta designada para pagar los costos de energía antes de recibir asistencia. Esta solicitud es en virtud del Acto de Reautorización 1994, correspondiente a la ley pública 97-35 del programa LIHEAP (Low Income Home Energy Assistance Program o Programa de Asistencia de Energía para Familias de Bajos Ingresos) enmendada.

Por lo tanto, conforme a los propósitos de la Ley Federal, los propietarios y gerentes de propiedad deben suministrar, a petición de los solicitantes de LIHEAP, la cantidad (en dólares) correspondientes al gasto de gas y/o electricidad (de acuerdo al contrato de alquiler o arrendamiento).

Si no le es posible determinar el costo actual por unidad, usted puede calcular un precio estimado dividiendo el más reciente costo total de energía incurrido en el recibo de utilidades entre el número total de unidades las cuales reciben el servicio indicado en la factura mencionada. Así mismo, su compañía de servicios de utilidades es una buena fuente de información y podría asistirlo en obtener estos datos.

Sírvase, tanto usted (inquilino), como el propietario o administrador de su apartamento llenar esta forma. Así mismo, favor proveer la copia de su contrato de alquiler o arrendamiento

Agradecemos sinceramente su colaboración.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que aplica: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Importe mensual incluido en la renta para el Gas: \$ \_\_\_\_\_ Electricidad: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del Propietario/ Administrador): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_



2038 Iowa Avenue, Suite B102, Riverside, CA 92507
P.O Box 5760, Riverside, California 92517-5760
(951) 955-4900 ~ 1-800-511-1110
TTY: (951) 955-5126



## County of Riverside Community Action Partnership

*Helping People. Changing Lives.*

P.O. BOX 5760

RIVERSIDE, CA 92517-5760

Nombre:

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado solicitante de **aclimatización**:

Gracias por su interés en el programa de **aclimatización**. Basado en la información proporcionada en el formulario de admisión **CSD43**, usted **podría** ser elegible para tener su casa o apartamento evaluado para **aclimatización**.

De acuerdo con las reglas e instrucciones de la entidad proveedora de fondos, es necesario llenar los formularios detallados a continuación para poder realizar una evaluación e instalar mejoras de aclimatización en el hogar:

- **CSD 515A (Rev. 11/12/09)** - Contrato de autorización de Servicio de Energía Para Unidades de Viviendas Ocupadas o Desocupadas (apartamentos o casa), de renta o de propietarios. **Este formulario debe ser completado si usted alquila o es propietario.** Si es inquilino, por favor asegúrese de que el propietario llene correctamente el formulario.
- **CSD515C (Rev. 4/29/16)** – Contrato de Servicios de Energía para Propietarios de Unidades de Renta. **Esta forma debe de ser llenada únicamente por los propietarios/encargados de manejar la propiedad** (UNICAMENTE)  
Y;
- **Forma de Consentimiento CSD 081 (nueva. 5/2015)** adjunta.

Ningún trabajo puede realizarse en la propiedad sin estas formas.

Sería beneficioso para usted completar y devolver los formularios arriba mencionados tan pronto como sea posible puesto que la asistencia de **aclimatización** está en gran demanda y no podemos garantizar que usted recibirá estos servicios.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este tema, por favor comuníquese directamente al teléfono: (951) 955-6418.

COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP OF RIVERSIDE COUNTY  
Weatherization Department

## Department of Community Services and Development

### Formulario de autorización y consentimiento del titular de la cuenta

CSD Form 081 (Rev. 12/17)

#### NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombre completo del titular de la cuenta		
Dirección postal del titular de la cuenta (número y calle)		Número de unidad (si tiene)
(Ciudad)	Estado	Código postal
¿La dirección donde recibe servicios públicos es la misma que la dirección del titular de cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre completo del solicitante de beneficios (del formulario 43)		
Dirección donde recibe el servicio público (número y calle)		Número de unidad (si tiene)
(Ciudad)	Estado CA	Código postal

#### INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Escriba el nombre de la empresa de servicios públicos y su número de cuenta a continuación (puede encontrar el número de cuenta en la factura). Si diferentes empresas le proveen los servicios de gas y electricidad, escriba el nombre y número de cuenta de ambas empresas.

Nombre de la empresa de servicios públicos	Número de cuenta del servicio
Nombre de la empresa de servicios públicos (si tiene una segunda empresa que le provee servicios públicos)	Número de cuenta del servicio

#### AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, usted (el titular de la cuenta) da su autorización y consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (asociados de CSD) y a su empresa de servicios públicos y sus contratistas, para que compartan la información sobre la cuenta de servicios públicos, información del medidor de uso y el consumo de energía y otra información según sea necesario de su propiedad durante el período que inicia 24 meses antes y finaliza 36 meses después de la fecha firmada abajo. La información que nos autoriza a obtener y compartir se usará para fines de evaluar el uso doméstico de energía de los beneficiarios del programa para que CSD pueda: a) medir la efectividad de los servicios que proporcionamos al determinar cuánto se reducen sus facturas de servicios públicos y cuánto nuestros servicios reducen las emisiones de carbono (contaminación atmosférica) y b) informar estos resultados a las autoridades federales y estatales que financian y supervisan los programas de asistencia de energía de California. CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias estatales o federales y programas afiliados (asociados de CSD), en colaboración con su empresa de servicios públicos y sus contratistas, utilizan esta información para brindar servicios que ayudan a familias de bajos ingresos, como la del solicitante, a pagar sus facturas de energía de consumo doméstico y administrar estas necesidades energéticas para los fines indicados en esta autorización.

Firma del titular de la cuenta	Fecha	Nombre del contratista/organización asociada de CSD
--------------------------------	-------	---

#### REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO

Usted acepta que su consentimiento permanecerá en vigencia por 36 meses a partir de la fecha en que firma esta autorización, a menos que lo revoque mediante una notificación escrita enviada a: CSD Energy & Environmental Services Division, 2389 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833. La revocación entrará en vigor tras su recepción, pero no se aplicará a ninguna información que fue compartida mientras esta autorización estaba vigente.

#### PROGRAMAS APLICABLES

Algunos de los programas que CSD supervisa o con quienes está asociado incluyen a:

- CSD Federal Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- CSD Federal Department of Energy Weatherization Assistance Program (DOE WAP)
- State Low-Income Weatherization Program (LIWP)
- Department of Housing and Urban Development (HUD) Lead Hazard Control and Healthy Homes Program
- Utility Company Energy Savings Assistance (ESA) Program
- Utility Company California Alternate Rates for Energy (CARE) Program



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

Dwelling Information			
Select the Dwelling Type		I am the	
Single-Family <input type="checkbox"/>	Mobile Home <input type="checkbox"/>	Multi-Unit <input type="checkbox"/>	Owner-Occupant <input type="checkbox"/> Tenant <input type="checkbox"/>
Owner-Occupant or Tenant Information			
Owner-Occupant or Tenant (Print or type name)		Address	
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Telephone Number
Owner-Occupant or Tenant Email Address			Owner-Occupant or Tenant FAX Number

**Owner-Occupant or Tenant Acceptance of Terms for CSD Weatherization Services**  
*(to be completed by the Owner-Occupant or Tenant)*

I agree to accept the following TERMS required for my primary residence to receive services from the Department of Community Services and Development (CSD) weatherization programs(s):

1. I certify that the above-listed property is my primary residence.
2. I (the Owner-Occupant or Tenant), grant the Contractor/Agency permission to enter my dwelling to perform assessments, conduct diagnostics, take photos only of weatherization work to be performed or deferred (as it relates to individual or whole house services), install feasible weatherization services and perform inspections in accordance with CSD weatherization program policies and standards to the above-listed dwelling.
3. I acknowledge that an assessment of my dwelling is necessary to determine the work that can be performed and that the work that is available may be limited due to the needs and condition of my residence. Identified work may not be provided if it does not meet all program requirements and specifications and may lead to full or partial deferral of work. My refusal of certain work may prevent the installation of other identified work in accordance to program requirements.
4. I hereby release and pledge to hold harmless the Contractor/Agency listed below, and its staff, from any liability in connection with the work identified on a summarized list, except as a consequence of gross negligence or willful and wanton misconduct.
5. I authorize the Contractor/Agency to access my utility company records to obtain only energy usage data for a period of one year before and two years after weatherization measures are installed.
6. I grant the Contractor/Agency, local, State and/or Federal inspectors permission to enter the dwelling after reasonable notice to perform inspections to verify the existence and quality of work performed by the Contractor/Agency and compliance with local, State, and/or Federal building codes and programmatic guidelines and acknowledge that a permit may be required for specific weatherization work. I understand that I may be held financially responsible for the weatherization work if I refuse to allow access for inspection and permitting purposes.
7. I shall not remove any permanently installed energy conservation measures unless they are damaged or no longer functional in the residence from where they were installed.

**Additional Certifications For Owner-Occupants ONLY:**

8. I acknowledge and agree that this property is not for sale at the time of qualifying for the program and will not be offered for sale or otherwise distributed for at least sixty days following the completion of weatherization services.
9. Mobile home units only: I acknowledge that I may not receive services that require a permit if the registration on the mobile unit is not up-to-date.

**Additional Certifications For Tenants ONLY:**

10. I acknowledge that the Rental Property Owner must grant the Contractor/Agency the same permissions by signing CSD 515B Energy Service Agreement for Rental Property Owner before any services are rendered.



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

11. I understand that the Property Owner cannot raise the rent of the unit for a period of two years from the date of weatherization because of the increased value of the unit due solely to weatherization measures provided by the Contractor/Agency (allowable factors for rent increase include an actual increase in property taxes, actual cost of amortizing other improvements to the property accomplished after the date of work completed by the Contractor/Agency, or actual increases in expenses of maintaining and operating this property).
12. I acknowledge that I have been provided a copy of this Agreement explaining its terms effective for a two year period after weatherization services have been completed. Complaint Process: In the event the provisions of this Agreement related to increased rent or the landlord's failure to decrease utility costs for master metered units are not met, tenants may contact the Contractor/Agency to submit a verbal or written complaint, which will be investigated by the Department of Community Services and Development. Contractor/Agency contact information is located on this Agreement under the section entitled, "Contractor/Agency Assurance."
13. I may retain the replacement energy conservation measure installed by the CSD weatherization program(s) if the replaced appliance was my personal property .

I CERTIFY THAT I am the Owner-Occupant or Tenant residing in the dwelling listed above that serves as my primary residence and that all given statements are true and correct to the best of my knowledge. I have read and understand these TERMS and RELEASE, and agree to be bound by all of its terms and conditions in order to receive weatherization services under the CSD weatherization program(s).

Owner-Occupant or Tenant's Signature	Date

### Contractor/Agency Assurance

Contractor/Agency (Print name)		Address	
Community Action Partnership of Riverside County		2038 Iowa Ave., Suite B-102	
CSLB Number (if applicable)	City	ZIP Code	Contractor/Agency Telephone Number
	Riverside	92507	(951) 955-4900
Contractor/Agency Email Address			Contractor/Agency FAX Number
<a href="mailto:info@capriverside.org">info@capriverside.org</a>			(951) 955-2230

*The Contractor/Agency agrees to the following:*

1. Shall be responsible for the feasible cost of weatherization measures performed other than cash contribution from the Owner or Owner Agent, if applicable, and any subsequent non-compliance.
2. Shall ensure that the Contractor/Agency is properly insured.
3. Shall ensure that work is conducted in a professional manner and meets program and building code standards.
4. Shall not make any significant structural changes to the dwelling without requesting written permission specifically describing the change from the dwelling owner.
5. Shall provide in writing a list of all weatherization measures installed in the unit.
6. Shall assure that the owner, or owner's agent, and tenant data shall be maintained in a confidential manner to assure compliance with the Information Practices Act of 1977, as amended, and the Federal Privacy Act of 1974, as amended.

Agency Program Manager's Signature	Agency Program Manager's Name (Print name)	Date



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR RENTAL PROPERTY OWNER

SECTION 1: Single-Family/Mobile Home Dwelling Information				
Tenant Name		Dwelling Address		
City	Zip Code	Type		
		Single <input type="checkbox"/>	Mobile <input type="checkbox"/>	
SECTION 2: Multi-Family Dwelling/Complex Information				
Number of Eligible Buildings in Complex:		If there are more than three buildings in the complex, use the CSD 515B Additional Buildings page.		
Building #1				
Complex/Building Name (if applicable)		Building Address		
City	ZIP Code	# of Units in Building	# of Units to be Weatherized	# of Vacant & Unqualified Units
List Qualified Units		List Vacant and Unqualified Units		
Building #2				
Complex/Building Name (if applicable)		Building Address		
City	ZIP Code	# of Units in Building	# of Units to be Weatherized	# of Vacant & Unqualified Units
List Qualified Units		List Vacant and Unqualified Units		
Building #3				
Complex/Building Name (if applicable)		Building Address		
City	ZIP Code	# of Units in Building	# of Units to be Weatherized	# of Vacant & Unqualified Units
List Qualified Units		List Vacant and Unqualified Units		
SECTION 3: Owner and Owner's Agent Information				
Owner (Print or type name)		Address		
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Owner Telephone Number	
Owner Email Address			Owner FAX Number	
<i>If the Owner uses an agent for the above-referenced property, complete both Owner and Agent information.</i>				
Agent (Print or type name)		Address		
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Agent Telephone Number	
Agent Email Address			Agent FAX Number	



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR RENTAL PROPERTY OWNER

### SECTION 4: Owner or Owner's Agent Acceptance of Terms for CSD Weatherization Services (to be completed by the Owner or Owner's Agent)

I agree to accept all of the following TERMS required for my rental property to receive services from the Department of Community Services and Development (CSD) weatherization program(s):

1. I certify that I am the Owner (or Owner's Agent) of the above-listed rental property.
2. I grant the Contractor/Agency permission to enter my property to perform assessments, conduct diagnostics, take photos only of weatherization work to be performed or deferred (as it relates to individual or whole house services), install feasible weatherization measures and perform inspections in accordance with CSD weatherization program policies and standards to the above-listed rental property.
3. I acknowledge that an assessment of my property is necessary to determine the work that can be performed and that the work that is available may be limited due to the needs and condition of my property. Identified work may not be provided if it does not meet all program requirements and specifications and may lead to full or partial deferral of work. My refusal of certain work may prevent the installation of other identified work in accordance to program requirements.
4. I shall not remove any energy conservation measures unless they are damaged or no longer functional in the rental property from where they were installed. If the replaced item (i.e. refrigerator or other appliance) was the personal property of my tenant, the tenant shall retain the replacement energy conservation measure installed by the CSD weatherization program(s).
5. Mobile home units only: I acknowledge that my property may not receive services that require a permit if the registration is not up-to-date.
6. I hereby release and pledge to hold harmless the Contractor/Agency listed below, and its staff, from any liability in connection with any work identified on a summarized list except as a consequence of gross negligence or willful and wanton misconduct.
7. I authorize the Contractor/Agency to access my complex's utility company master-metered records to obtain only energy usage data for a period of one year before and two years after weatherization measures are installed.
8. I grant the Contractor/Agency, local, State and/or Federal inspectors permission to enter the dwelling after reasonable notice to perform inspections to verify the existence and quality of work performed by the Contractor/Agency and compliance with local, State, and/or Federal building codes and programmatic guidelines and acknowledge that a permit may be required for specific weatherization work. I understand that I may be held financially responsible for the weatherization work if I refuse to allow access for inspection and permitting purposes.
9. I certify that I, as the Owner or Owner's Agent, shall ensure that gas or electric service, or both, that is provided by a master-meter to tenants shall be charged at the utilities' costs in accordance with California Public Utilities Commission Code Section 739.5 or other applicable government regulations.
10. I certify that I, as the Owner or Owner's Agent, shall not raise the rent of any weatherized unit for a period of two years from the date of weatherization because of the increased value of the unit due solely to weatherization measures provided (allowable factors for rent increase include an actual increase in property taxes, actual cost of amortizing other improvements to the property accomplished after the date of work completed by the Contractor/Agency, or actual increases in expenses of maintaining and operating this property).
11. I acknowledge and agree that this property is not for sale at the time of qualifying for the program and will not be offered for sale or otherwise distributed for at least sixty days following the completion of weatherization services.
12. I certify that I shall provide a copy of this Agreement explaining its terms to all tenants and subsequent tenants residing in the unit within the two year period. Complaint Process: In the event the provisions of this Agreement related to increased rent or the landlord's failure to decrease utility costs for master metered units are not met, tenants may contact the Contractor/Agency to submit a verbal or written complaint, which will be investigated. Contractor/Agency contact information is located on this Agreement under the section entitled, "Contractor/Agency Assurance."

#### Additional Certification for Unoccupied Multi-Unit Dwellings ONLY:

13. I agree that "rent" is defined as the tenant's monthly payment to the Owner (non-subsidized housing) or the contract rent (subsidized housing).
14. I shall submit to the Contractor/Agency a schedule of rents prior to commencement of work.
15. Federal, State or Local Government Rehabilitation Projects only: I certify that if a vacant unit is counted as being an eligible household for purposes of meeting the minimum threshold for whole building weatherization (66% rule), then the unit will become occupied by an eligible family within 180 days after the completion of weatherization (CFR 440.22(b)(2)(ii)).



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR RENTAL PROPERTY OWNER

### SECTION 4: Owner or Owner's Agent Acceptance of Terms for CSD Weatherization Services (to be completed by the Owner or Owner's Agent) - continued

I CERTIFY THAT I am the Owner or Owner's Agent of the Dwelling or Complex listed above, and that all given statements are true and correct to the best of my knowledge. I have read and understand these TERMS and RELEASE, and agree to be bound by all of its terms and conditions in order for my property to receive weatherization services under the CSD weatherization program(s).

Owner's (or Owner's Agent's) Signature	Date
--	------

### SECTION 5: Whole Building Weatherization Acknowledgment

I CERTIFY THAT I am the Owner or Owner's Agent of the Multi-Family Building(s) listed above, and that the Contractor/Agency has informed me that buildings on my property may qualify for Whole Building Weatherization, provided that the building is income-qualified. Based on the information provided, I choose one of the following options:

\_\_\_\_\_ If the required number of units are income-qualified, I authorize the Contractor to install Whole Building Measures. Whole Building Measures include weatherization services to all units in a building and may include ceiling insulation and exterior lighting where feasible.

\_\_\_\_\_ I authorize the Contractor/Agency to install individual unit weatherization measures, which does not include ceiling insulation, exterior lighting or other whole building measures.

Owner's (or Owner's Agent's) Signature	Date
--	------

### SECTION 6: Contractor/Agency Assurance

Contractor/Agency (Print or type name)		Address	
Community Action Partnership, Riverside County		2038 Iowa Ave., Suite B-102	
CSLB Number (if applicable)	City	ZIP Code	Contractor/Agency Telephone Number
	Riverside	92507	(951) 955-4900
Contractor/Agency Email Address		Contractor/Agency FAX Number	
<a href="mailto:info@capriverside.org">info@capriverside.org</a>		(951) 955-2230	

*The Contractor/Agency agrees to the following:*

1. Shall be responsible for the feasible cost of weatherization measures performed other than cash contribution from the Owner or Owner Agent, if applicable, and any subsequent non-compliance.
2. Shall ensure that the Contractor/Agency is properly insured.
3. Shall ensure that work is conducted in a professional manner and meets program and building code standards.
4. Shall not make any significant structural changes to the dwelling without requesting written permission specifically describing the change from the dwelling owner.
5. Shall provide in writing a list of all weatherization measures installed in the rental unit.
6. Shall assure that the owner, or owner's agent, and tenant data shall be maintained in a confidential manner to assure compliance with the Information Practices Act of 1977, as amended, and the Federal Privacy Act of 1974, as amended.

Contractor/Agency Program Manager's Signature	Contractor/Agency Program Manager's Name (Print name)	Date
---	---	------

Required Documentation:

Rent schedule received from Property Owner, if applicable?	Y	N	If applicable, CSD 75P completed?	Y	N
--	---	---	-----------------------------------	---	---

Required Contractor Response:

Building is eligible for whole-building weatherization?	Y	N
---	---	---



# Forma de Admisión para Servicios de Energía

INFORMACION DEL CLIENTE			
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Fecha de hoy
Teléfono ( )	Correo Electrónico	SSN	Oficina
Dirección		Ciudad	Código Postal
GENERO	ESTADO CIVIL	ETNIA	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Pareja Domestica <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	
INDIQUE SU RAZA (SELECCIONE UNO)			
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Raza Negra/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Caucásico (Blanco) <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Multi-Raza	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Especificado	
INDIQUE SU EDUCACION (SELECCIONE UNO)			
<input type="checkbox"/> 0-8 <sup>th</sup> Grado <input type="checkbox"/> 12+ Post Secundario <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> Título de 4 años	<input type="checkbox"/> Educación del 9-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> No Especificado <input type="checkbox"/> Estudio Vocacional	
INDIQUE SU SEGURO MEDICO (SELECCIONE UNO)			
<input type="checkbox"/> Sin Seguro Medico <input type="checkbox"/> Compra Directa <input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro Médico Militar	<input type="checkbox"/> Seguro Médico del Estado (Niños) <input type="checkbox"/> Seguro Médico del Estado (Adultos) <input type="checkbox"/> Desconocido	
ESTADO MILITAR (SELECCIONE UNO)	RECIBE ESTAMPILLAS PARA COMIDA?	ESTA INCAPACITADO?	
<input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Sin Militar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferir no contestar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferir no contestar	
GRANJERO (SELECCIONE UNO)	ESTADO DE TRABAJO (SELECCIONE UNO)		
<input type="checkbox"/> Granjero <input type="checkbox"/> Migratorio <input type="checkbox"/> Migratorio Estacional <input type="checkbox"/> No soy Granjero	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Trabajador Migratorio Estacional <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Desempleado (Largo Plazo) <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Desempleado (Corto Plazo) > 6 meses <input type="checkbox"/> Desconocido	
RECIBE WIC? (SELECCIONE UNO)	BENEFICIOS NO MONETARIOS (SELECCIONE UNO)		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Ley de Asistencia Asequible <input type="checkbox"/> Bonos para cuidado de niños <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda Publica <input type="checkbox"/> SNAP/Estampillas para Comida	<input type="checkbox"/> LIHEAP <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Apoyo de Vivienda Permanente <input type="checkbox"/> WIC	
INDIQUE SU INGRESO MENSUAL Y SELECCIONE FUENTE DE INGRESOS:		\$	
<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Asistencia Publica <input type="checkbox"/> Mantenimiento de Niños <input type="checkbox"/> Autoempleo <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Pensión Matrimonial <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Seguro Privado de Incapacidad	<input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Seguro Social de Jubilación <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> VA Servicio - Incapacitado <input type="checkbox"/> VA No Servicio - Incapacitado	
ESTADO DE VIVIENDA (SELECCIONE UNO)			
<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Dueño/a <input type="checkbox"/> Dueño/a - Multi-Familia	<input type="checkbox"/> Dueño/a – Casa Móvil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Fugitivo <input type="checkbox"/> Estable Temporal <input type="checkbox"/> Poco Estable Temporal	

Por favor llene esta forma por cada miembro adicional en su hogar.

Información del Cliente				Usando la clave de abajo por favor responda a las siguientes preguntas						Use (S) para Si O (N) para No por favor responda a las siguientes preguntas				Ingreso		
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Masculino o Femenino	Estado Civil	Relación al Solicitante	Etnia	Raza	Educación	Seguro Medico	Sirvió en el Ejercito	Estampillas de Comida	WIC	Incapacidad	Granjero	Ingreso	Fuente de Ingreso
Estado Civil	Relación al Solicitante	Etnia	Raza		Educación	Seguro Medico			Fuente de Ingresos							
A. Soltero/a B. Casado/a C. Pareja Domestica D. Divorciado/a E. Separado/a	A. Hermano B. Hijo C. Padre D. Hijo Adoptivo E. Padre Adoptivo F. Amigo/a G. Nieto/a H. Abuelo/a I. Madre J. Otro K. Otro Relacionado L. Otro Pariente M. Hermana N. Esposa O. Padrastro P. Madrastra	A. Hispano/Latino B. No Hispano o Latino	A. Indio Americano/Nativo de Alaska B. Asiático C. Raza Negra/Afroamericano D. Caucásico (Blanco) E. Hawaiano/Isleño Pacifico F. Multi-Raza G. Otro		<i>Si el miembro del hogar es mayor de 18 años indique mayor grado completado</i> A. 0-8 grado B. 9-12 grado C. Preparatoria D. GED E. 12 + post secundario F. Título de 2 años G. Título de 4 años H. N/C Nino menor de 18 años	<i>Por favor indique la fuente de su Seguro Medico</i> A. Sin Seguranza Medica B. Compra Directa C. Proporcionado por el Empleador D. Medicaid E. Medicare F. Seguro Médico Militar G. Seguro Médico del Estado (Niños) H. Seguro Médico del Estado (Adultos) I. Desconocido			<i>Por favor indique las fuente de ingresos</i> A. Empleo B. TANF C. Asistencia Publica D. Auto-Empleo E. Pensión Matrimonial F. Mantenimiento de Hijos G. Interés/Dividendos H. Pensión I. Renta J. Seguro Social K. SSDA L. SSI M. Veterano N. Compensación de Trabajadores							