



SAN BENITO COUNTY

HEALTH & HUMAN SERVICES AGENCY

TRACEY BELTON, DIRECTOR

Community Services and Workforce Development

LIHEAP Low Income Home Energy Assistance Program

1111 San Felipe Road, Suite 107

Hollister, CA 95023

(831) 637-JOBS (5627)

Fax (831) 637-0254

www.sbcccab.com

DATE STAMP RECEIVED, OFFICE STAFF ONLY:



LIHEAP 2026

Bienvenido(a) al Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) del Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Benito. Estamos comprometidos a ayudarle a mantenerse seguro(a) y con energía en su hogar.

Importante: Para asegurar que su solicitud de LIHEAP sea procesada lo más rápido posible, verifique que todas las secciones de la solicitud estén completas, que todas las firmas requeridas estén incluidas y que todos los documentos de respaldo estén adjuntos

Use la siguiente lista de verificación para organizar su solicitud antes de entregarla.

1. **Solicitud:** Complete el formulario de información de energía. Llene y firme todas las páginas indicadas. Use tinta azul o negra y no use corrector.
2. **Tarjeta de Seguro Social:** Copia **solo para solicitante.**
3. **Identificación emitida por el gobierno:** Proporcione solo uno de los siguientes documentos **solo para solicitante:** Identificación estatal, Licencia de conducir, Pasaporte o tarjeta de pasaporte, Tarjeta militar de EE.UU (frente y reverso)
4. **Prueba de ciudadanía de EE.UU. o residencia legal:** Proporcione uno de los siguientes documentos **solo para solicitante:** Acta de nacimiento, Pasaporte, Identificación estatal REAL ID, DD-214, Certificado de Naturalización, Tarjeta de residencia permanente
5. **Comprobante de ingresos de los últimos 30 días:** Ingresos de **todas las fuentes y de todos los miembros adultos del hogar:** talones de cheque, desempleo, SSI , SDI, compensación laboral, manutención de hijos, pensión alimenticia etc.
6. **Beneficiarios de CALFRESH:** Proporcione copia de la verificación de beneficios.
7. **Factura de energía:** Proporcione copia de la factura más reciente, todas las páginas, frente y reverso) con cargos actuales, saldos atrasados, avisos de 15 días, 48 horas o avisos de desconexión.

Toda la información es confidencial.

Las solicitudes y los documentos requeridos pueden entregarse en nuestra oficina principal

1111 San Felipe Road, Suite 107

Horario de oficina: lunes a viernes, 8 AM-5 PM

Si tiene preguntas, llame al 831-630-5191

Servicios a la Comunidad y Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Benito Empleador/Programa ADA/Igualdad de Oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a petición de las personas con discapacidades. Servicios de retransmisión TTY: llame al 711.



Página informativa – Conserve para sus registros.

LÍMITES DE INGRESOS DE ELEGIBILIDAD 2026 LIHEAP

Tamaño de Hogar	Ingreso Mensual en Bruto
1	\$3,331.66
2	\$4,356.83
3	\$5,382.00
4	\$6,407.16
5	\$7,432.25
6	\$8,457.41
7	\$8,649.66
8	\$8,841.83

- ❖ Tenga en cuenta este NO es un programa garantizado. Puede tomar entre 6 a 8 semanas, (desde la fecha en que se procese su solicitud) para que el crédito aparezca en la factura de PG&E.
- ❖ Es su responsabilidad continuar realizando pagos en su factura de PG&E. La aprobación no está garantizada y el crédito puede no cubrir el total de su factura.
- ❖ LIHEAP proporciona un beneficio de asistencia de pago único por año calendario para la factura de energía del hogar de un solicitante aprobado.
- ❖ Después de entregar su solicitud recibirá una notificación por correo si su solicitud fue aprobada o si está incompleta. Si su solicitud no puede procesarse, recibirá una carta con detalles.
- ❖ Nota: Si su solicitud se recibe sin TODOS los documentos requeridos, el procesamiento se retrasará hasta que se reciban TODOS los documentos
- ❖ Recordatorio: Horario de oficina LIHEAP: lunes a viernes, 8AM -5PM Para preguntas llame al 831-630-5191

¡GRACIAS!

Servicios a la Comunidad y Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Benito Empleador/Programa ADA/Igualdad de Oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a petición de las personas con discapacidades. Servicios de retransmisión TTY: llame al 711.

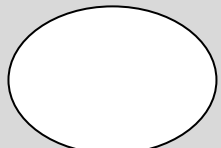
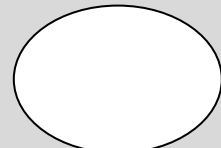
Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo

Formulario de admisión de energía

CSD 43 (05/2025)

<i>Solo para uso oficial:</i>	
Puntos prioritarios	
A.C.C.	
Fecha del certificado de elegibilidad	

Agencia:	Iniciales de admisión:	Fecha de admisión:	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento DD/MM/AA
DIRECCIÓN DE SERVICIO: dirección en la que vive (<i>no puede ser un apartado postal</i>)			
Dirección de servicio			Número de unidad
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
¿Ha vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es su dirección de servicio la misma que la dirección postal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es propietario o alquila su vivienda? <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Alquiler			
Dirección postal de envío			Número de unidad
Ciudad de envío	Condado de envío	Estado de envío	Código postal de envío
Número de Seguridad Social (SSN):		Teléfono residencial ()	
Teléfono móvil ()	¿Acepta recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección de correo electrónico:			

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Indique el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted mismo. →		INGRESOS Indique el número total de personas que reciben ingresos →	
Demografía: Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen:		Indique el total de ingresos brutos mensuales de todas las personas que viven en el hogar:	
De 0 a 2 años		TANF / CalWORKs	\$
De 3 a 5 años		SSI / SSP	\$
De 6 a 18 años		SSA / SSDI	\$
De 19 a 59 años		Cheques de pago	\$
Mayores de 60 años		Interés	\$
Discapacitados		Pensión	\$
Indígena americano		Otros	\$
Trabajador agrícola temporero o migrante		Total de ingresos mensuales	\$

MIEMBROS DEL HOGARINDIQUE A CONTINUACIÓN LOS DATOS DE **TODOS** LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

Si en su hogar viven más de 6 personas, indique la información en una hoja de papel aparte.

SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante <i>Usted mismo</i>
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	¿Hispano/latino/español?	
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	
¿Ha prestado servicio o es un familiar directo de alguien que sirvió en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí, he prestado servicio <input type="checkbox"/> Sí, soy el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que sirvió en el ejército de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a declarar		Doy mi consentimiento para que esta agencia y CSD transmitan mi nombre, correo electrónico, dirección postal y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos únicamente con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos a los que yo o un miembro de mi familia podamos ser elegibles. Entiendo que este consentimiento es válido durante 12 meses. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 2

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	¿Hispano/latino/español?	
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 3

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	¿Hispano/latino/español?	
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 4

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	¿Hispano/latino/español?	
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 5

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 6

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

¿Usted o alguien de su hogar recibe ACTUALMENTE CalFresh (cupones de alimentos)? Sí No

FACTURA DE PAGO

¿A qué factura energética (ELEGIR SOLO UNA) desea que se aplique el beneficio de LIHEAP? (Adjunte copia completa de la factura o recibo más reciente)

- Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Queroseno Leña fabricada Pellets
 Otros combustibles

Introduzca la compañía energética y el número de cuenta:

Nombre de la compañía: _____ Número de cuenta: _____

¿Le han cortado el servicio público? Sí No

¿Tiene algún aviso de morosidad? Sí No

¿Están los servicios públicos incluidos en el alquiler o están subcontratados? Sí No

¿Todos sus servicios son eléctricos? Sí No

¿Es su compañía de gas natural la misma que su compañía eléctrica? Sí No

SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)

¿Se ha quedado sin combustible? (Madera, propano, petróleo, queroseno, otros combustibles) Sí No N/A

Indique el número aproximado de días que faltan para que se le acabe el combustible (madera, propano, petróleo, queroseno, otros combustibles).

Número de días: _____ No aplica

INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA

Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS**. Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su vivienda.

Deberá presentar una copia de **todas** las facturas o recibos recientes de cualquier gasto energético doméstico.

NOTA: Debe incluir la copia de una factura de luz aunque no utilice electricidad para calentar su vivienda.

¿Cuál es el principal combustible utilizado para CALENTAR su vivienda? **DEBE** marcar UNA fuente de calefacción principal.

- Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Queroseno Leña fabricada Pellets
 Otros combustibles

Además de su fuente de calefacción principal, ¿utiliza alguna de las siguientes para calentar su casa (puede seleccionar más de una):

- Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Queroseno Leña fabricada Pellets
 Otros combustibles N/A

¿Es usted el titular de la cuenta?: Factura de luz Sí No Factura del gas natural Sí No

La información que aparece en esta solicitud se utilizará para determinar y verificar si cumpla los requisitos para recibir ayuda. Firmando a continuación, doy mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (Socios de CSD) y a mi compañía de servicios públicos y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de servicios públicos de mi hogar, el uso de energía u otra información necesaria para proporcionarme servicios y beneficios según se describe al final del formulario. Mi consentimiento será efectivo durante el periodo comprendido entre los 24 meses anteriores y los 36 meses posteriores a la fecha firmada a continuación. Entiendo que si mi solicitud de beneficios o servicios de LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta inoportuna o un desempeño insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito con el proveedor local de servicios y mi apelación se revisará dentro de los 15 días siguientes a su recepción. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor local de servicios, puedo apelar al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de conformidad con el Título 22, sección 100805 del Código de Reglamentos de California. Si procede, por el presente autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que figura en esta solicitud es verdadera, correcta y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para pagar mis gastos de energía.

X		
*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***		Fecha

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). **UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO:** Programa de asistencia de energía en el hogar (HEAP). **AUTORIDAD:** La Sección 16367.6 (a) del Código Gubernamental nombra al CSD organismo responsable de la gestión del HEAP. **OBJETIVO:** La información que indique se utilizará para decidir si usted cumple los requisitos para recibir un pago de LIHEAP o servicios de climatización. **ENTREGA DE INFORMACIÓN:** Este programa es voluntario. Si decide solicitar ayuda, debe facilitar toda la información requerida. **OTRA INFORMACIÓN:** El CSD utiliza las definiciones estadísticas de la actualización anual de las Guías de Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la admisión al programa. Durante la tramitación de la solicitud, es posible que el subcontratista designado por el CSD tenga que pedirle más información para decidir si cumple los requisitos para uno o ambos programas. **ACCESO:** El subcontratista designado por el CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, si se utiliza, para determinar su admisión. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. El 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.

SOLICITANTE: NO COMPLETE LA INFORMACIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.	
Programa de ayuda a los servicios públicos →	<input type="checkbox"/> HEAP <input type="checkbox"/> Fast Track <input type="checkbox"/> HEAP WPO <input type="checkbox"/> ECIP WPO
Beneficio básico \$ _____	Complemento \$ _____ Beneficio total \$ _____
Costo total de energía \$ _____	Carga energética _____
Servicios energéticos restablecidos tras la desconexión:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se impide la desconexión de los servicios energéticos:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hogar remitido para climatización:	<input type="checkbox"/> Hogar ya climatizado: <input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA o ESTADO DE NO CIUDADANO PARA BENEFICIOS PÚBLICOS

Nombre del solicitante de los servicios de energía	Fecha
Nombre de la persona que representa el solicitante, si corresponde	Relación con el solicitante

Beneficios Públicos para Ciudadanos y No Ciudadanos

Los Ciudadanos y Nacionales de los Estados Unidos que cumplan con todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos y/o el Programa de Asistencia de Climatización para Bajos Ingresos del Departamento de Energía y deben **completar las Secciones A y D**.

Los No Ciudadanos que cumplan con todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos y/o el Programa de Asistencia de Climatización para Bajos Ingresos del Departamento de Energía y deben **completar las Secciones A, B o C y D**.

Section A: Citizenship/Non-Citizen Status Declaration

1. ¿Es el solicitante ciudadano o nacional de los Estados Unidos? Sí No

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿dónde nació?

Ciudad/Estado

2. Para establecer la ciudadanía o la naturalización, presente uno de los documentos de la Lista A (adjunta al presente) que sea legible e inalterado para establecer la prueba.

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

Si **No es Ciudadano**, complete **la Sección B o, si corresponde, la Sección C**.

Sección B: Declaración de La Condición de No Ciudadano

Importante: Indique a continuación la condición de no ciudadano del solicitante y presente los documentos que demuestren dicha condición. Los documentos de estatus de no ciudadano enumerados para cada categoría son los documentos más utilizados que el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS) proporciona a los no ciudadanos en esas categorías. Puede proporcionar otras pruebas aceptables de su condición de no ciudadano, incluso si no se enumeran a continuación.

1. Un extranjero admitido legalmente para residencia permanente bajo la Ley de Inmigración y Naturalización (INA). La evidencia incluye:
- Formulario I-551 del INS (Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como "tarjeta verde"); o
 - Sello I-551 Temporal Vigente en el pasaporte extranjero o en el formulario I-94 del INS.
2. Un extranjero al que se le concede asilo bajo la sección 208 de la INA. La evidencia incluye:
- Formulario I-94 del INS anotado con un sello que muestra la concesión de asilo según la sección 208 de la INA;
 - Formulario INS I-688B (Tarjeta de autorización de empleo) anotado "274a.12 (a) (5)";
 - Formulario INS I-766 (Documento de autorización de empleo) anotado "A5";
 - Carta de concesión de la Oficina de Asilo del INS; o
 - Orden de un juez de inmigración concediendo asilo.
3. Un refugiado admitido en los Estados Unidos bajo la sección 207 de la INA. La evidencia incluye:
- Formulario I-94 del INS anotado con un sello que muestre la admisión según la sección 207 de la INA;
 - Formulario I-688B del INS (Tarjeta de autorización de empleo) anotado "274a.12(a)(3)";
 - Formulario INS I-766 (Documento de autorización de empleo) anotado "A3"; o
 - Formulario I-571 del INS (Documento de Viaje para Refugiados)
4. Un extranjero en libertad condicional en los Estados Unidos durante al menos un año según la sección 212 (d) (5) de la INA. La evidencia incluye:

- Formulario I-94 del INS con un sello que muestre la admisión durante al menos un año según la sección 212(d)(5) de la INA. (El solicitante no puede sumar períodos de admisión de menos de un año para cumplir con el requisito de un año).

- 5. Un extranjero cuya deportación se retiene bajo la sección 243(h) de la INA (en vigor antes del 1 de abril de 1997) o la sección 241(b)(3) de dicha Ley (modificada por la sección 305(a) de la división C de la Ley Pública 104-208). La evidencia incluye:
 - Formulario I-688B del INS (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotado "274a.12(a)(10)";
 - Formulario INS I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotado "A10"; o
 - Orden de un juez de inmigración que muestre la deportación retenida bajo la sección 243(h) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1997, o la deportación retenida bajo la sección 241(b)(3) de la INA.
- 6. Un extranjero a quien se le otorga entrada condicional bajo la sección 203(a)(7) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1980. La evidencia incluye:
 - Formulario I-94 del INS con un sello que muestre la admisión según la sección 203(a)(7) de la INA;
 - Formulario I-688B del INS (Tarjeta de autorización de empleo) anotado "274a.12(a)(3)"; o
 - Formulario I-766 del INS (Documento de autorización de empleo) anotado "A3".
- 7. Un extranjero que sea cubano o haitiano (según se define en la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Refugiados de 1980). La evidencia incluye:
 - Formulario I-551 del INS (Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como "tarjeta verde") con el código CU6, CU7 o CH6;
 - Sello I-551 temporal no vencido en pasaporte extranjero o en el formulario I-94 del INS con el código CU6 o CU7; o
 - Formulario I-94 del INS con un sello que muestre la libertad condicional como "Ingresante cubano/haitiano" según la sección 212(d)(5) de la INA; o en libertad condicional después del 10/10/80 en el estatus especial para nacionales de Cuba o Haití.
- 8. Un extranjero en libertad condicional en los Estados Unidos por menos de un año bajo la sección 212 (d) (5) de la INA. (La evidencia incluye el Formulario I-94 del INS que muestra este estado).
- 9. Un extranjero que no está en las categorías 1 a 8 que ha sido admitido en los Estados Unidos por un período de tiempo limitado (un no inmigrante). Los no inmigrantes son personas que tienen un estatus temporal para un propósito específico. (La evidencia incluye el Formulario I-94 del INS que muestra este estado).
- 10. Autocertifico que soy ciudadano estadounidense o nacional no ciudadano o extranjero calificado, pero no puedo proporcionar documentación. (Solo permitido bajo el componente del Programa de Intervención de Crisis Energética (ECIP) del Programa LIHEAP).

Sección C: Declaración para Ciertos Extranjeros Maltratados

Importante: Complete esta sección si el solicitante, el hijo del solicitante o el padre del hijo del solicitante ha sido golpeado o sometido a crueldad extrema en los Estados Unidos por un cónyuge o padre.

- 1. ¿Ha concedido el INS o la EOIR una petición o solicitud presentada por o en nombre del solicitante, el hijo del solicitante o el padre del hijo del solicitante en virtud de la INA o ha encontrado que una petición pendiente establezca un caso prima facie para otorgar permiso para permanecer en los Estados Unidos? La evidencia incluye uno de los documentos en la Lista B (adjunta al presente).
- 2. ¿El solicitante, el hijo del solicitante o los padres del hijo solicitante han sido golpeados o sometidos a crueldad extrema en los Estados Unidos por un cónyuge o padre, o por un miembro de la familia del cónyuge o padre que vive en la misma casa (donde el cónyuge o padre consintió o accedió a la agresión o la crueldad)?

Sección D: Certificación

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO SEGUN 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 que representa el solicitante, si corresponde	Fecha

DECLARACION DE ENTENDIMIENTO

Información de solicitante:

Nombre:	Apellido:
----------------	------------------

Por favor lea las siguientes declaraciones para confirmar su entendimiento del proceso de LIHEAP:

He solicitado asistencia a través del Programa LIHEAP.

Tiempo de procesamiento: Entiendo que la revisión y el crédito posterior a mi cuenta de servicios públicos pueden tardar hasta 60 días desde la fecha de presentación.

Responsabilidad de pago: Entiendo que debo continuar haciendo pagos regulares a mi cuenta de servicios públicos durante el período de procesamiento para evitar la desconexión del servicio.

Notificación de crédito: Entiendo que la aprobación de LIHEAP no garantiza aprobación inmediata y que debo monitorear mi factura de servicios públicos para verificar cuando el crédito haya sido aplicado.

Firma de solicitante:	Fecha:
------------------------------	---------------

RESUMEN DE AUDENCIAS JUSTAS Y APELACIONES

Información de aplicante:

Nombre:	Apellido:
----------------	------------------

El Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Benito ha acordado cumplir con el Título 22 del Código Administrativo de California, Sección 10075, que establece los elementos que deben incluirse en los procedimientos de apelación cuando se niegan beneficios a un cliente.

Se le informa que si se le niega la asistencia para la cual solicitó y para la cual presentó una solicitud completa con la documentación de elegibilidad requerida, puede apelar esa decisión dentro de quince (15) días después de recibir el aviso de negación.

Dentro de cinco (5) días hábiles después de recibir su apelación, el Departamento realizará una Audiencia Justa a nivel local. Si su queja no se resuelve a nivel local, usted puede apelar ante la entidad financiadora que negó la asistencia. El Departamento le proporcionará los formularios y la orientación necesaria para presentar su apelación.

Puede retirar su solicitud de apelación en cualquier momento durante el proceso mediante aviso por escrito u oral. Si el aviso es oral, las partes deberán confirmarlo por escrito.

LA POLIZA DE QUEJAS AL CLIENTE

Cualquier cliente al que se le hayan negado servicios por esta agencia puede presentar una queja ante el Director de la agencia. Cada empleado informará a los participantes sobre el procedimiento correspondiente para presentar una queja y proporcionará dichas instrucciones.

**Enviar a: CSWD
Atención Director
1111 San Felipe Road, Suite 107
Hollister, CA 95023**

Al recibir una queja, esta será enviada al Director, quien determinará el curso de acción apropiado según lo requerido por la fuente de financiamiento.

La información contenida en su expediente es confidencial y no se divulgará sin su permiso por escrito. Su expediente pasa a ser propiedad del Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Benito.

Firma de solicitante:	Fecha:
------------------------------	---------------

Por favor lea cuidadosamente, este formulario contiene 2 secciones:

Información del solicitante:

Nombre:	Apellido:
----------------	------------------

1. Autorización para divulgación de información

El uso de los fondos de CSWD está limitado a solicitantes elegibles. Las regulaciones de CSWD requieren la verificación de ingresos/beneficios y otra información pertinente para determinar la elegibilidad para los programas. Ningún solicitante puede ser determinado elegible o no elegible hasta que toda la documentación requerida haya sido recibida por el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de la Fuerza Laboral.

Al firmar este formulario de autorización, doy permiso al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de la Fuerza Laboral para verificar la exactitud de la información que he proporcionado, incluyendo: ingresos y beneficios recibidos, fecha de nacimiento, ciudadanía, residencia en el condado, número de Seguro Social, registro del servicio selectivo, existencia de miembros de la familia, estatus legal (condenas previas, o libertad condicional) empleo, educación y otra información requerida para determinar mi elegibilidad.

Asimismo, otorgo mi permiso al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de la Fuerza Laboral para divulgar la información contenida en mi expediente a otra agencia sociales.

Toda la información y documentos recibidos durante el proceso de determinación de elegibilidad serán mantenidos por la oficina de CSWD y no me serán devueltos. Entiendo que la falsificación de cualquier información es motivo de terminación del programa CSWD y puede resultar en acciones para recuperar cualquier suma de dinero que se me haya pagado durante mi participación.

2. Conflicto de Interés

- A. ¿Algún miembro de su familia inmediata es un funcionario electo de la ciudad o del condado o miembro de la Junta de Acción Comunitaria o de la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral? Ejemplos: cónyuge, padre/madre, hijo/a, tío/a, sobrino/a, parientes políticos, padrastro/madrasta, hijastro/a.

No

Si, indique el nombre, cargo electo y la relación con usted

- B. ¿Algún Miembro de su familia inmediata es empleado de la ciudad, del Condado o subcontratista del Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Benito? Ejemplos: cónyuge, padre/madre. Hijo/a, tío/a, Sobrino/a, parientes políticos, padrastro/madrasta, hijastro/a.

No

Si, indique el nombre, cargo y relación con usted

Firma de solicitante:	Fecha:
------------------------------	---------------

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Estimado(a) solicitante,

Estamos aquí para servirle. En el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Benito, nos esforzamos por poner a los miembros de nuestra comunidad en primer lugar en todo lo que hacemos.

- **¿Tuvo una excelente experiencia?** ¡Compártala con sus amigos y vecinos!
- **¿Cree que podemos mejorar?** Por favor háganoslo saber

Valoramos su sinceridad. Ya sea que proporcione su nombre o prefiera permanecer anónimo(a), sus comentarios nos ayudan a mejorar y a servir mejor a toda nuestra comunidad.

Atentamente,



Enrique Arreola

Subdirector de Servicios Comunitarios y Desarrollo de la Fuerza Laboral

Iniciales:	Fecha:
-------------------	---------------

DEPARTMENT OF COMMUNITY SERVICES AND DEVELOPMENT
CSD 321 (Spanish) (Rev. 07/01/2022)

ACUSE DE RECIBO DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del ocupante

Dirección de la vivienda

Acuse de recibo

He recibido la siguiente información:

- Educación sobre seguridad contra el plomo:** una copia del folleto, *Renovar correctamente: Información importante sobre los peligros del plomo para las familias, proveedores de cuidado infantil y escuelas*, informándome sobre el riesgo potencial de exposición al peligro de plomo debido a las actividades de climatización/renovación que se realizarán en mi unidad de vivienda.
- Educación energética:** información sobre los cambios que puedo realizar para reducir el consumo energético de mi hogar.
- Educación sobre moho y humedad:** una copia del folleto, *Una Guía breve sobre el moho y la humedad en su hogar*, que me informa sobre cómo limpiar los problemas de moho residencial y cómo prevenir el crecimiento de moho.
- Asesoría presupuestaria:** información sobre gestión financiera personal.
- Educación sobre el radón:** una copia del folleto *Guía para ciudadanos sobre el radón*, que me informa sobre el riesgo potencial del radón y cómo reducir el nivel de radón en mi unidad de vivienda.
- Educación sobre el amianto:** una copia del folleto, *Preguntas frecuentes sobre el asbesto en el hogar y el lugar de trabajo*, que me informa sobre cómo identificar materiales que contienen asbesto en el hogar, la exposición y los recursos disponibles.

Firma del Destinatario

Fecha

Opción de autocertificación

Certifico que intenté entregar la siguiente información educativa a la vivienda indicada anteriormente:

- Sin plomo Energía Moho/humedad Asesoramiento Presupuestario Radón Asbesto

Si se entregó la información pero no se pudo obtener una firma, puede marcar la casilla correspondiente a continuación.

- Se negó a firmar:** certifico que he hecho un esfuerzo de buena fe para entregar la información a la unidad de vivienda indicada anteriormente en la fecha y hora indicadas y que el ocupante se negó a firmar la confirmación de recepción. Además, certifico que he dejado una copia de la información en la unidad con el ocupante.

- No disponible para la firma:** certifico que he hecho un esfuerzo de buena fe para entregar la información a la unidad de vivienda indicada anteriormente y que el ocupante no estaba disponible para firmar la confirmación de recepción. Además certifico que he dejado una copia de la información en la unidad deslizándola debajo de la puerta.

Fechas y horarios de intentos de entrega

Fecha	Tiempo	Fecha	Tiempo	Fecha	Tiempo

Firma (Representante de la Agencia)

Nombre impreso

Opción de correo:

Certifico que he enviado por correo la siguiente información educativa a la vivienda indicada anteriormente (adjunte una copia del Certificado de envío solo para educación sobre seguridad con el plomo):


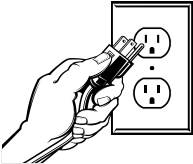




- Sin plomo Energía Moho/humedad Asesoramiento Presupuestario Radón Asbesto








Firma (Representante de la Agencia)

Nombre impreso

Fecha de envío



	Energy Saving Tips Free and Low Cost Recommendations	Consejos para ahorrar energía Recomendaciones Gratis y de Bajo Costo
	Replace Light Bulbs <ul style="list-style-type: none"> Replace standard incandescent light bulbs with compact fluorescent light bulbs (CFLs) and save 75% off lighting costs. 	Reemplace los focos <ul style="list-style-type: none"> Reemplazca los focos incandescentes por bombillas fluorescentes compactas (CFL) y ahorran un 75% de descuento en los costos de iluminación.
	Unplug Electronics <ul style="list-style-type: none"> Unplug electronics, battery chargers and other equipment when not in use. Taken together, these small items can use as much power as your refrigerator. 	Desconectar los aparatos electrónicos <ul style="list-style-type: none"> Desconecte los cargadores de batería electrónica, y otros equipos cuando no estén en uso. En conjunto, estos artículos pequeños pueden usar tanta potencia como su refrigerador.
	Save Water <ul style="list-style-type: none"> Installing faucet aerators and low-flow shower heads will cut water heating costs by 50% and save up to \$300 per year. It will also cut water use by up to 50%. As much as 19% of California electricity is used to pump, transport and treat water. 	Ahorre el Agua <ul style="list-style-type: none"> La instalación de aireadores de grifos de bajo flujo y duchas, reducirá los costos de calentamiento de agua en un 50% y ahorrar hasta \$ 300 por año. También reducirá el consumo de agua hasta en un 50%. Tanto como el 19% de la electricidad de California se usa para bombear, transportar y tratar el agua.
	Adjust Your Thermostat <ul style="list-style-type: none"> Setting your air conditioner 5° higher will save up to 20% on cooling costs. 	Ajustar el termostato <ul style="list-style-type: none"> Configurando su acondicionador de aire a 5 grados más alto, permite ahorrar hasta un 20% en costos de enfriamiento.
	Buy Energy Efficient Appliances <ul style="list-style-type: none"> Always buy ENERGY STAR qualified appliances and equipment - they're up to 40% more efficient. Find rebates and incentives in your area using our rebate finder. 	Compre electrodomésticos que ahorran energía <ul style="list-style-type: none"> Siempre compre electrodomésticos o equipos con calificación ENERGY STAR que son hasta un 40% más eficiente. Busque descuentos e incentivos en su área usando nuestro buscador de descuento.
	Adjust Your Water Heater <ul style="list-style-type: none"> Turn your water heater down to 120° or the "Normal" setting when home, and to the lowest setting when away. Water heating accounts for about 13% of home energy costs. 	Ajuste su calentador de agua <ul style="list-style-type: none"> Reduzca el calentador de agua a 120 ° o al ajuste "Normal" cuando esté en casa, y más bajo cuando no este , Calentar agua representa hasta un 13% de los costos de energía del hogar.

	<p>Keep Cool With Ceiling Fans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduce air conditioning costs by using fans, keeping windows and doors shut and closing shades during the day. Most ceiling fans use less energy than a light bulb. 	<p>Mantenga fresco con ventiladores de techo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzca los costos de aire acondicionado mediante el uso de ventiladores, manteniendo las ventanas y puertas cerradas y cerrar las cortinas durante el día. La mayoría de los ventiladores de techo usan menos energía que un foco.
	<p>Be Smart About Lighting</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turn off unnecessary lighting and use task or desktop lamps with CFLs instead of overhead lights. 	<p>Sea responsable con el uso de luces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apague las luces innecesaria y utilice lámparas de trabajo o de escritorio con CFL en lugar de las luces del techo.
	<p>Power Down Your Computer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enable "power management" on all computers and make sure to turn them off at night. A laptop computer uses up to 90% less energy than bigger desktop models. 	<p>Apagar la computadora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa "la administración de energía" en todos los equipos y asegúrese de apagarlas durante la noche. Una computadora portátil consume hasta un 90% menos energía que los modelos de escritorio más grandes.
	<p>Wash Clothes in Cold Water</p> <ul style="list-style-type: none"> • When possible, wash clothes in cold water. About 90% of the energy used in a clothes washer goes to water heating. 	<p>Lave la ropa con agua fría</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando sea posible, lave la ropa en agua fría. Aproximadamente el 90% de la energía utilizada en una lavadora de ropa se va en calentar el agua.
	<p>Load Up Your Dishwasher</p> <ul style="list-style-type: none"> • Run your dishwasher and clothes washer only when fully loaded. Fewer loads reduce energy and water use. 	<p>Carga tu Lavavajillas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilice el lavaplatos y la lavadora de ropa sólo cuando esté completamente cargada. Lavando menos cargas reduce el consumo de energía y agua.
	<p>Maintain Your Clothes Dryer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Make sure your dryer's outside vent is clear and clean the lint filter after every load. When shopping for a new dryer look for one with a moisture sensor that automatically shuts off when clothes are dry. 	<p>Mantener su secadora de ropa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegúrese que la ventilación hacia fuera de su secadora este claro y limpie el filtro de pelusa después de cada carga. Cuando busque comprar una nueva secadora busque una con un sensor de humedad que se apaga automáticamente cuando la ropa este seca.
	<p>Find and Seal Leaks</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sealing cracks, gaps, leaks and adding insulation can save up to 20% on home heating and cooling costs. • Test for air leaks by holding a lit incense stick next to windows, doors, electrical boxes, plumbing fixtures, electrical outlets, ceiling fixtures, attic hatches and other locations where there is a possible air path to the outside. If the smoke stream travels horizontally, you have located an air leak that may need caulking, sealing or weather stripping. 	<p>Buscar y sellar las fugas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sellando las grietas, huecos, filtraciones y agregando isolacion puede ahorrar hasta un 20% en calefacción y refrigeración. • Pruebe si no tiene fugas de aire usando un palito de incienso junto a las ventanas, puertas, cajas eléctricas, de plomería, enchufes eléctricos, accesorios del techo, las portillas del ático y otros lugares donde hay un camino posible de aire hacia el exterior. Si la corriente de humo viaja horizontalmente, usted ha encontrado una fuga de aire que puede ser necesario sellar con calafateo o burletes.

Planilla para hacer un presupuesto

Use un presupuesto como una herramienta de ayuda para pagar sus facturas y ahorrar para objetivos o emergencias.

Use esta planilla para hacer un presupuesto. Complete cuánto dinero gana. Luego complete sus gastos. Reste el total de sus gastos al monto que gana.

MES _____

AÑO _____

Mis ingresos de este mes

Ingresos	Total mensual
Salarios después de impuestos	\$
Otros ingresos (como manutención infantil)	\$
Ingresos mensuales totales	\$

Mis gastos de este mes

	Gastos	Total mensual
VIVIENDA	Alquiler o hipoteca	\$
	Seguro (como el de inquilino o propietario de vivienda)	\$
	Servicios públicos (como electricidad, gas, agua)	\$
	Internet y teléfono	\$
	Otros gastos de vivienda (como impuestos a la propiedad, cargos del condominio)	\$
ALIMENTOS	Comestibles y artículos para el hogar	\$
	Comer fuera/comida a domicilio	\$
	Otros gastos de alimentos	\$
TRANSPORTE	Transporte público	\$
	Taxis/viajes compartidos	\$
	Gasolina para el carro	\$
	Aparcamiento y peajes	\$
	Mantenimiento del carro (como cambios de aceite)	\$
	Seguro del carro	\$
	Pago de la cuota del carro	\$
Otros gastos de transporte	\$	

Gastos		Total mensual	
SALUD	Seguro de salud	\$	
	Medicamentos con receta	\$	
	Copagos por citas médicas	\$	
	Otros gastos de salud	\$	
PERSONALES Y FAMILIARES	Cuidado de niños (como guardería, cuidado de niños)	\$	
	Manutención infantil pagada por usted	\$	
	Dinero que envía a la familia	\$	
	Ropa y zapatos	\$	
	Entretenimiento (como suscripciones, películas, conciertos)	\$	
	Viajes	\$	
	Membresía de gimnasio o bienestar físico	\$	
	Otros gastos personales y familiares (como donaciones, lavandería, cortes de pelo)	\$	
	ESCUELA	Pago del préstamo estudiantil	\$
		Pago de la matrícula	\$
Otros gastos escolares (como libros, útiles)		\$	
OTROS	Cargos de la cuenta de banco o tarjeta de crédito	\$	
	Pagos de la tarjeta de crédito u otras deudas	\$	
	Depósitos para ahorro	\$	
	Aportes de inversión	\$	
	Otros gastos de este mes	\$	
Gastos mensuales totales		\$	

\$	-	\$	=	\$
Ingresos		Gastos		

- ▶ ¿Sus ingresos son mayores que sus gastos? Entonces le queda dinero para ahorrar o gastar.
- ▶ ¿Sus gastos son mayores que sus ingresos? Revise su presupuesto para encontrar gastos a recortar.

Para más información, lea [Cómo hacer un presupuesto](https://www.consumer.gov/sudinero) en [consumidor.gov/sudinero](https://www.consumer.gov/sudinero).

