



# SAN BENITO COUNTY

TRACEY BELTON  
DIRECTOR

Health & Human Services Agency

COMMUNITY SERVICES & WORKFORCE DEVELOPMENT  
1111 SAN FELIPE ROAD, STE 107 HOLLISTER, CA 95023  
(831) 637-5627 FAX (831) 634-0785

**Nuevo Domicilio 1111 San Felipe Road, Ste B, Hollister**

**No PG&E Aplicaciones serán aceptadas después de las 4**

**Por favor NO quite esta hoja de confidencialidad**

<input type="checkbox"/> Cuenta (bil) más reciente de luz y gas (PG&E) Toda hoja de cuenta entera																										
<input type="checkbox"/> Estoy en mi factura de PG&E																										
<input type="checkbox"/> Mis servicios públicos están incluidos en el alquiler (en caso afirmativo, envíe incluido en el formulario de alquiler)																										
<input type="checkbox"/> Prueba de ingresos de los ultimo 30-días de todo origen y de todo miembros de familia (Talón de cheques, CalFresh, seguro social, sostenimiento de niños, desempates etc.) Si alguien de 18 años no tiene ingresos, deberán presentar un "Estudio de la Forma ingresos (CSD 43B)".																										
<input type="checkbox"/> Identificación con foto para todos los adultos en la familia	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Directrices de ingresos</th> </tr> <tr> <th>Persons In Household</th> <th>Monthly Income 25</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>\$ 3,170.00</td></tr> <tr><td>2</td><td>\$ 4,145.41</td></tr> <tr><td>3</td><td>\$ 5,120.83</td></tr> <tr><td>4</td><td>\$ 6,096.25</td></tr> <tr><td>5</td><td>\$ 7,071.58</td></tr> <tr><td>6</td><td>\$ 8,047.00</td></tr> <tr><td>7</td><td>\$ 8,229.91</td></tr> <tr><td>8</td><td>\$ 8,412.75</td></tr> <tr><td>9</td><td>\$ 8,595.66</td></tr> <tr><td>10*</td><td>\$ 8,778.58</td></tr> </tbody> </table>		Directrices de ingresos		Persons In Household	Monthly Income 25	1	\$ 3,170.00	2	\$ 4,145.41	3	\$ 5,120.83	4	\$ 6,096.25	5	\$ 7,071.58	6	\$ 8,047.00	7	\$ 8,229.91	8	\$ 8,412.75	9	\$ 8,595.66	10*	\$ 8,778.58
Directrices de ingresos																										
Persons In Household			Monthly Income 25																							
1			\$ 3,170.00																							
2			\$ 4,145.41																							
3			\$ 5,120.83																							
4			\$ 6,096.25																							
5			\$ 7,071.58																							
6			\$ 8,047.00																							
7			\$ 8,229.91																							
8	\$ 8,412.75																									
9	\$ 8,595.66																									
10*	\$ 8,778.58																									
<input type="checkbox"/> Prueba de ciudadanía (Mica de residente, US Pasaporte, US Certificado de ciudadanía) Para el aplicante																										
<input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro social para todos los miembros de la familia																										
<input type="checkbox"/> I, _____ Forma Educación Iniciales (Consejos para ahorrar energía paraser proporcionados a usted cuando se enciende en la aplicación)																										

***Poner fin a la pobreza empoderando a las personas***

***Para obtener información sobre otros servicios de bajos ingresos, visite nuestro sitio web en: [www.sbcccab.com](http://www.sbcccab.com)***



***imprimir nombre***

***ultimos 4 Número De Seguro Social***

<b>This Section for Staff Use Only</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>2025 LIHEAP</b>

COMMUNITY ACTION BOARD & WORKFORCE INVESTMENT BOARD  
SERVING SAN BENITO COUNTY SINCE 1978



The County CSWD is an equal opportunity employer/program. - The County of San Benito complies with the Americans with Disabilities Act (ADA) by assuring that auxiliary aids for services are available upon request to persons with disabilities. Persons with hearing disabilities can call the TDD/TTY phone (831) 637-3265. Persons requiring any special needs for access should call the CSWD office at 831-637-5627 at least five business days before the needed date to arrange for the special accommodations



Revised 12.02.24

This page is intentionally blank

**Estado de California**  
**Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitarios**

Formulario de admisión de energía  
 CSD 43 (07/2024)

<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	País	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:			

<p><b>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR</b></p> <p>Introduzca el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted </p>	<p><b>INGRESOS</b></p> <p>Indique el número total de personas que perciben ingresos </p>	
<p><i>Demografía: Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen:</i></p>		
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	<b>Total de ingresos mensuales</b>	<b>\$</b>

**MIEMBROS DEL HOGAR**INTRODUZCA 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 <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		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <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, dirección de 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 <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"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <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 <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"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <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 <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"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <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"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <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"/> Otro <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"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <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"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

Está usted o alguien de su hogar recibiendo 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

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

¿Todos sus servicios son eléctricos?  Sí  No

¿Su compañía de gas natural es 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 proporcionar 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. Al firmar 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 será revisada 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.

<b>X</b>		
<b>*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***</b>		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 proporcione 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.

<b>SOLICITANTE: NO RELLENE LA INFORMACIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.</b>	
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 al solicitante, si corresponde	Fecha



# LIHEAP

---

## **SECCIÓN I**

### **Declaración de Responsabilidad**

I, \_\_\_\_\_, vivo  
*Apellido* *Primer* *Inicial*

\_\_\_\_\_  
*Dirección* *Ciudad* *Estado* *Zona Postal*

*Mi cuenta de utilidad (PG&E) está a nombre de*

El nombre en la factura es  *Yo mismo*  *Otro*

*Solo responda a las preguntas de la Sección II si se ha marcado "otro". Si se ha marcado "yo mismo", vaya a la Sección III.*

## **SECCIÓN II**

*(Si otro, indíquelo la relación y si ellos residen en la casa)*

***Relación:***

***Residen en la casa***  *Si*  *No*

## **SECCIÓN III**

Soy responsable del pago de la cuenta de utilidad para la dirección mencionada arriba.

Certifico que toda la información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Soy consciente que falsificando información voluntariamente y sabiendo, puede conducir procesamiento criminal. Soy la única persona en mi hogar que ha solicitado el Programa LIHEAP.

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
Eligibility Worker Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## SECCIÓN IV

### Autorización Para Obtener Información

#### AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION

- A. Usted ha solicitado asistencia de la oficina de Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo. El uso de estos fondos está limitado a esas personas que son elegibles. Es la póliza de la Agencia de verificar la información que es pertinente a su caso para determinar si usted es elegible para la asistencia. La determinación de que si es elegible o no se hace cuando todos los documentos han sido recibidos por la oficina de Servicios de Comunidad y Desarrollo de Trabajadores Unidos.

Cuando usted firme este "Permiso" está dando permiso a la oficina de Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo a verificar la información que ha sido sometido que incluye; ingresos y beneficios recibidos, fecha de nacimiento, ciudadanía, prueba de ser residente del condado de San Benito, número de seguro social, trabajo, educación, existencia de parientes, estado legal (condenas anteriores, encarcelamientos, libertad condicional) y otra información requerida para verificar si usted es elegible, para completar su solicitud y, para evitar la duplicación de servicios.

Por este medio doy permiso y autorizo que la oficina de Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo reciba o de información relacionada con mi solicitud a otras agencias de servicios. Además está usted confirmando que la información que nos a dado es verdad y correcta según su conocimiento, y que usted entiende que al falsifica a propósito la información en esta solicitud, para determinar si usted es elegible, pueda estar cometiendo un crimen de la cual usted pueda ser castigado (a) y puede ser descalificado (a) del programa y puede resultar en una acción para recubrir dinero pagado durante su solicitud.

#### AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION - PARTE II

- B. **NEPOTISMO:** Es algún miembro de su familia, un oficial elegido de la Ciudad o el Condado, o miembro de la mesa directiva de la Agencia Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo? Es algún miembro de su familia, (esposo(a), padre, madre, hijo (a), entenado (a) empleado (a) o contratista de?

NO ¿Si es que sí, cual es su nombre, título y parentesco?

- C. ¿Es un miembro de su familia inmediata un empleado de la Ciudad, Condado o un subcontratista de el Condado de San Benito, Servicios Comunitarios y Desarrollo de la Fuerza Laboral? Es algún miembro de su familia, (esposo(a), padre, madre, hijo (a), entenado (a) empleado (a) o contratista de?

NO ¿Si es que sí, cuál es su nombre, título elegido y relación con usted?

- D. **FRESUMEN DEL PROCESO DE APELACION:** Por este medio doy a conocer que he recibido proceso de forma explicando el la Agencia Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo.

\_\_\_\_\_  
*Nombre En Molde*

\_\_\_\_\_  
*Número De Seguro Social*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Cliente*

\_\_\_\_\_  
*FECHA*

# LIHEAP

---

## **PROCESO DE AUDENCIA/APELACION**

La Agencia de Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo San Benito ha aceptado cumplir con los reglamentos de TITULO 22 del Código Admisitrativo de California, Sección 1007551 enmendado, que indica los elementos necesarios para que el proceso de una apelación si es que los beneficios son negados al cliente.

De aquí en adelante queda usted informado (a) de que si a usted se le niega la asistencia por la cual usted aplico, y por la cual usted sometió una aplicación completa con documentación de elegibilidad que se requirió, usted tiene el derecho de apelar esta decisión dentro de veinte (20) días después que usted haya recibido un aviso de negación.

Dentro de cinco (5) días después de que la Acción de La Comunidad haya recibido su apelación, se llevara acabo una audiencia a nivel local. Si su apelación no se resuelve al nivel local, usted tiene el derecho de someter una apelación a la fuente de los fondos federales de los cuales a usted se le negó los servicios. La agencia de Acción de la Comunidad le dará las formas necesarias para su apelación. Usted podrá referir su apelación por aviso escrito u oral, se confirmara el aviso por escrito.

### **POLIZA DE QUEJA FORMAL POR PARTE DEL CLIENTE**

El cliente que se le ha negado servicios de la Agencia puede someter una queja formal con el Director de la agencia. Cada empleado le informara al participante del proceso apropiado para someter una queja formal.

En cuanto se reciba una queja formal, la queja pasara al irector para determinar la acción apropiada como es requerida por la fuente de los fondos federales.

La información que contiene su archivo es confidencial, y no será revelado a nadie sin su permiso por escrito. Su archivo se convierte propiedad de la Agencia Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo.

**Enviar a  
CSWD**

Attention Director  
1161 San Felipe Road, Building B  
Hollister, CA 95023

---

*Nombre En Molde*

---

*Número De Seguro Social*

---

Firma del Cliente

---

FECHA

# LIHEAP

---

## Declaración de entendimiento

---

*Apellido*

*Primer*

*Inicial*

*Yo he pedido ayuda bajo el programa HEAP.*

***Yo entiendo que el procesó para recibir el crédito a mi cuenta es 60 días. Yo entiendo que necesito seguir dando pagos hacia mi cuenta para mantenerla reciente y prevenir la desconexión de servicios***

---

*Nombre En Molde*

---

*Número De Seguro Social*

---

*Firma del Cliente*

---

*FECHA*



# SAN BENITO COUNTY

TRACEY BELTON  
DIRECTOR

Health & Human Services Agency

COMMUNITY SERVICES & WORKFORCE DEVELOPMENT

1111 SAN FELIPE ROAD, STE 107 HOLLISTER, CA 95023

(831) 637-5627 FAX (831) 634-0785

*Estmado Apicante,*

*Nosotros en la Agencia de Servicios de La Comunidad y Desarrollo de Trabajadores Unidos tenemos orgullo de enfocar todos nuestros esfuerzos a la satisfacción de nuestros clientes.*

*Si usted recibió buen servicio haga el favor de decirles a todos sus amigos y parientes. Si usted siente que recibió mal o pobre servicio haga el favor de comunicármelo a mí. Ne me tiene que dar su nombre nomas su queja.*

*Sinceramente,*

Enrique Arreola  
Deputy Director

*Recibí un copia de esta forma*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Iniciales*

COMMUNITY ACTION BOARD & WORKFORCE INVESTMENT BOARD  
SERVING SAN BENITO COUNTY SINCE 1978



The County CSWD is an equal opportunity employer/program. - The County of San Benito complies with the Americans with Disabilities Act (ADA) by assuring that auxiliary aids for services are available upon request to persons with disabilities. Persons with hearing disabilities can call the TDD/TTY phone (831) 637-3265. Persons requiring any special needs for access should call the CSWD office at 831-637-5627 at least five business days before the needed date to arrange for the special accommodations



Rev (05.2021)

This page is intentionally blank

# Customer Satisfaction Survey

1) ¿En el último año, ¿cuántas veces ha visitado Community Services & Workforce Development?

<input type="checkbox"/> 0 veces en el último año	<input type="checkbox"/> 1 to 3 tveces en el último año	<input type="checkbox"/> 4 to 6 veces en el último año	<input type="checkbox"/> 7 to 9 veces en el último año	<input type="checkbox"/> More than 10 veces en el último año
---	---	--	--	--

2) ¿En qué servicios viniste hoy?

Selecione todas las que correspondan			
AJCC	CalWorks	Dream Catcher	asistencia de vivienda para personas sin hogar
LIHEAP (PG&E or Propane Assistance		■ Asistencia de alquiler	
■ Otra	En otro caso, por favor especifica		

## Servicios de agencia

4) ¿Estuviste satisfecho con los servicios?	<i>1 está muy insatisfecho y 5 está muy satisfecho</i> ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
5) ¿En general, ¿cómo calificaría los servicios que recibió?	<i>1 está muy insatisfecho y 5 está muy satisfecho</i> ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
6) ¿Qué tan probable es que recomiendes nuestros servicios a tus amigos o familiares?	<i>1 está muy insatisfecho y 5 está muy satisfecho</i> ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
7) ¿Recibiste la información que necesitabas?	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>Si no, por favor explique.</i>

## ¿Comparte tu experiencia?

8) ¿Estás dispuesto a compartir tu historia? Bien o mal: siempre estamos interesados en su experiencia con nosotros y utilizamos las historias de los clientes como una forma de ayudar a mejorar nuestros servicios o proporcionar nuevos. Si es así, por favor hazlo aquí.

---

---

---

---

9) Si compartiste tu historia, ¿podemos usar tu nombre?  Si  No

10) ¿Cómo podemos contactarlo para preguntas de seguimiento?

Nombre de pila: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

## Acerca de ti

11) ¿Cuál es su género?  Masculino  Hembra

12) Por favor, seleccione su edad.  Menos que 18  18 to 24  25 to 34  35 to 54  55+

13) ¿Cuál es el grado más alto de educación que has logrado?

<input type="checkbox"/> Grado 12 o menos	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria graduada o equivalente
<input type="checkbox"/> Alguna universidad, sin título	<input type="checkbox"/> Grado asociado
<input type="checkbox"/> licenciatura	<input type="checkbox"/> Poste grado graduado

¡Gracias!












# SAN BENITO COUNTY

Health & Human Services Agency

TRACEY BELTON  
DIRECTOR

COMMUNITY SERVICES & WORKFORCE DEVELOPMENT 1161  
1111 SAN FELIPE ROAD, STE 107 HOLLISTER, CA 95023  
(831) 637-5627 FAX (831) 634-0785

<b>Energy Saving Tips</b>		<b>Consejos para ahorrar energía</b>	
<b>Free and Low Cost Recommendations</b>		<b>Recomendaciones Gratis y de Bajo Costo</b>	
	<b>Replace Light Bulbs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Replace standard incandescent light bulbs with compact fluorescent light bulbs (CFLs) and save 75% off lighting costs.</li> </ul>	<b>Reemplace los focos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reemplazca los focos incandescentes por bombillas fluorescentes compactas (CFL) y ahorran un 75% de descuento en los costos de iluminación.</li> </ul>	
	<b>Unplug Electronics</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Unplug electronics, battery chargers and other equipment when not in use. Taken together, these small items can use as much power as your refrigerator.</li> </ul>	<b>Desconectar los aparatos electrónicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	
	<b>Save Water</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	<b>Ahorre el Agua</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	
	<b>Adjust Your Thermostat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Setting your air conditioner 5° higher will save up to 20% on cooling costs.</li> </ul>	<b>Ajustar el termostato</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Configurando su acondicionador de aire a 5 grados más alto, permite ahorrar hasta un 20% en costos de enfriamiento.</li> </ul>	
	<b>Buy Energy Efficient Appliances</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	<b>Compre electrodomésticos que ahorran energía</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	
	<b>Adjust Your Water Heater</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	<b>Ajuste su calentador de agua</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	

	<p><b>Keep Cool With Ceiling Fans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	<p><b>Mantenga fresco con ventiladores de techo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
	<p><b>Be Smart About Lighting</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Turn off unnecessary lighting and use task or desktop lamps with CFLs instead of overhead lights.</li> </ul>	<p><b>Sea responsable con el uso de luces</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apague las luces innecesarias y utilice lámparas de trabajo o de escritorio con CFL en lugar de las luces del techo.</li> </ul>
	<p><b>Power Down Your Computer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	<p><b>Apagar la computadora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
	<p><b>Wash Clothes in Cold Water</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>When possible, wash clothes in cold water. About 90% of the energy used in a clothes washer goes to water heating.</li> </ul>	<p><b>Lave la ropa con agua fría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
	<p><b>Load Up Your Dishwasher</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Run your dishwasher and clothes washer only when fully loaded. Fewer loads reduce energy and water use.</li> </ul>	<p><b>Carga tu Lavavajillas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilice el lavaplatos y la lavadora de ropa sólo cuando esté completamente cargada. Lavando menos cargas reduce el consumo de energía y agua.</li> </ul>
	<p><b>Maintain Your Clothes Dryer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	<p><b>Mantener su secadora de ropa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
	<p><b>Find and Seal Leaks</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sealing cracks, gaps, leaks and adding insulation can save up to 20% on home heating and cooling costs.</li> <li>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.</li> </ul>	<p><b>Buscar y sellar las fugas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sellando las grietas, huecos, filtraciones y agregando aislamiento puede ahorrar hasta un 20% en calefacción y refrigeración.</li> <li>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.</li> </ul>