SAN BENITO COUNTY

Health & Human Services Agency

TRACEY BELTON
DIRECTOR

COMMUNITY SERVICES & WORKFORCE DEVELOPMENT
1161 SAN FELIPE ROAD, Bldg B · HOLLISTER, CA 95023
(831) 637-9293 · FAX (831) 634-0785

Nuevo Domicilio 1161 San Felipe Road, Building B, Hollister

No PG&E Aplicaciones serán aceptadas después de las 4

Por favor NO quite esta hoja de confidencialidad

☐ Cuenta (bil) más reciente de luz y gas (PG&E) Toda hoja de cuenta entera
☐ Estoy en mi factura de PG&E ☐ Estoy vencido en mi agua
☐ Mis servicios públicos están incluidos en el alquiler (en caso afirmativo, envíe incluido en el formulario de alquiler)

☐ Prueba de ingresos de los ultimo 30-días de todo origen y de todo miembros de familia (Talón de cheques, 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)".**

☐ Identificación con foto para todos los adultos en la familia

☐ Prueba de ciudadanía (Mica de residente, US Pasaporte, US Certificado de ciudadanía) Para el aplicante

☐ Tarjeta de seguro social para todos los miembros de la familia

☐I, _____ Forma Educación
Iniciales
(Consejos para ahorrar energía paraser proporcionados a usted cuando se enciende en la aplicación)

2021/2022/2023 Directrices de ingresos

Family Size	2021 & ARPA	2022	2023
1	$2,431.09	$2,564.73	$2,700.17
2	$3,179.11	$3,353.87	$3,531.00
3	$3,927.14	$4,143.02	$4,361.83
4	$4,675.17	$4,932.17	$5,192.75
5	$5,423.19	$5,721.31	$6,023.59
6	$6,171.22	$6,510.46	$6,854.43
7	$6,311.48	$6,658.43	$7,010.21
8	$6,451.73	$6,806.39	$7,166.00
9	$6,591.99	$6,954.36	$7,321.78
10	$6,732.24	$7,102.32	$7,477.56

Poner fin a la pobreza empoderando a las personas
Para obtener información sobre otros servicios de bajos ingresos, visite nuestro sitio web en: www.sbccab.com

imprimir nombre

ultimos 4 Número De Seguro Social

This Section for Staff Use Only

☐ **ARPA** ☐ **2021** ☐ **2022** **LIHEAP** ☐ **LIHWAP**

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 831-637-9293 at least five business days before the needed date to arrange for the special accommodations

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

Rev (08.25.22

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo
Formulario de admisión de energía
CSD 43 (10/2022)

Solo para uso oficial	
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 (*no puede* ser un apartado de correos)

Dirección de servicio			Número de unidad
Ciudad	**Condado**	**Estado**	**Código postal**

¿Ha vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses? ..... ☐ Sí ☐ No
¿Es su dirección de servicio la misma que la dirección postal?..... ☐ Sí ☐ No
¿Es propietario o alquila su vivienda?..... ☐ Propiedad ☐ 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): | | | | | | | | | | | | Número de teléfono ( )

Dirección de correo electrónico:

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR → Introduzca el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted mismo.		**INGRESOS** Indique el número total de personas que perciben ingresos →	
Demografía. Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen:		*Introduzca 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 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 *Usted mismo*
Fecha de nacimiento:	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar			
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: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar			
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: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar			
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: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar			
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: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar	¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		

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: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar	¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		

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

¿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 cumplo 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.

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 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.

SOLICITANTE: NO RELLENE LA INFORMACIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.

Programa de ayuda a los servicios públicos → ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ HEAP WPO ☐ ECIP WPO
Beneficio básico $_____ Complemento $_____ Beneficio total $_____

Costo total de energía $_____ Carga energética _____

Servicios energéticos restablecidos tras la desconexión: ☐ Sí ☐ No
Se impide la desconexión de los servicios energéticos: ☐ Sí ☐ No

Hogar remitido para climatización: ☐ Hogar ya climatizado: ☐

☐ No sabe/Decide no responder	☐ Multirracial ☐Otro ☐No sabe/Decide no responder	☐No sabe/Decide no responder

Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalFresh (Cupones de Alimentos)? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalWorks (asistencia con dinero en efectivo)? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o alguien de su hogar recibieron asistencia LIHEAP en los últimos 120 días? ☐ Sí ☐ No

PAGAR FACTURA

¿A qué factura quiere que se aplique el beneficio LIHWAP, lo que incluye los estados de cuenta del impuesto sobre la propiedad (SELECCIONE SOLO UNA)? (Adjunte una copia completa de la factura o el recibo más recientes)

☐ Factura del agua ☐ Factura de tratamiento de aguas residuales ☐ El agua y el tratamiento de aguas residuales están combinadas en una sola factura

Ingrese la empresa de agua/tratamiento de aguas y el número de cuenta:

Nombre de empresa: _____ Número de cuenta: _____

¿Su servicio público está cortado? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene un aviso de factura vencida o saldo vencido en su factura? ☐ Sí ☐ No

¿Sus servicios públicos se incluyen en el alquiler o tiene una cuenta con medidor individual? ☐ Sí ☐ No

La información de esta solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para obtener asistencia. Al firmar, doy mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (socios de CSD) y a mi empresa de servicio público y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de servicio público de mi hogar, además de otras informaciones necesarias para proporcionarme servicios y beneficios, según se describe al final del formulario. Comprenso que si se rechaza mi solicitud de beneficios LIHWAP o si recibo una respuesta tardía o un rendimiento insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito ante el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará a más tardar 15 días después de su recepción. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor local de servicios, puedo apelar ante el Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario, de conformidad con el Título 22 del Código de Reglamentos de California, sección 100805. Declaro, bajo pena de perjuicio, que la información de esta solicitud es verdadera, correcta y los fondos recibidos se utilizarán solamente con el fin de pagar mis gastos de agua y tratamiento de aguas.

X		
	*** * * FIRMA DEL SOLICITANTE * * ***	Fecha

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios y Desarrollo Comunitario (CSD, Community Services and Development). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Low Income Household Water Assistance Program (LIHWAP, Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos). AUTORIDAD: El Código de Gobierno, sección 12087.2 (b) nombra a CSD como la agencia responsable de administrar LIHWAP. PROPÓSITO: La información que proporcione se utilizará para decidir si es elegible para un beneficio LIHWAP. OTORGAR INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información necesaria. OTRA INFORMACIÓN: El CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual del Ingreso medio del estado, Nivel federal de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para determinar la elegibilidad en el programa. Es probable que durante el proceso de solicitud, el contratista designado por el CDS tenga que pedirle más información para decidir su elegibilidad. ACCESO: El subcontratista designado por el CDS guardará su solicitud llenada y demás información, si se utiliza, para determinar su elegibilidad. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contienen información sobre usted. El CDS no discrimina en la disposición de servicios según raza, creencias religiosas, color, nacionalidad, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

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

Beneficio total de LIHWAP $_____

Gasto total de agua o tratamiento de aguas (solo costo de agua) $_____ Costo de agua _____

Servicios de agua restablecido después de un corte: ☐ Sí ☐ No Se evitó el corte de servicios de agua: ☐ Sí ☐ No

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS Y DESARROLLO COMUNITARIO
CSD 600 (Rev. 3/24/06)

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 C**iudadano 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 SEGÚN 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

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, indíquele 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.

SECCIÓN IV

_____ _____
Firma *Fecha*

_____ _____
Eligibility Worker Signature Date

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 fondosestá 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 Cuidad 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 asistente del director que se reunirá con el Director 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.

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

1161 SAN FELIPE ROAD,BldgB · HOLLISTER, CA 95023

(831) 637-9293· FAX (831) 634-0785

Estmado Aplicante,

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 _____ *Feche* _____ *Iniciales*

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 831-637-9293 at least five business days before the needed date to arrange for the special accommodations

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

Customer Satisfaction Survey

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

☐**0 veces en el último año**	☐**1 to 3 tveces en el último año**	☐**4 to 6 veces en el último año**	☐**7 to 9 veces en el último año**	☐**More than 10 veces en el último año**

2) ¿En qué servicios viniste hoy?

Seleccione todas las que correspondan						
☐ **AJCC**	☐ **CalWorks**	☐ **Dream Catcher**	☐ **EDD**	☐ **IHSS**	☐ **JobLink**	
☐ **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?	*1 está muy insatisfecho y 5 está muy satisfecho* ◯1 ◯2 ◯3 ◯4 ◉5
5) ¿En general, ¿cómo calificaría los servicios que recibió?	*1 está muy insatisfecho y 5 está muy satisfecho* ◯1 ◯2 ◯3 ◯4 ◉5
6) ¿Qué tan probable es que recomiendes nuestros servicios a tus amigos o familiares?	*1 está muy insatisfecho y 5 está muy satisfecho* ◯1 ◯2 ◯3 ◯4 ◉5
7) ¿Recibiste la información que necesitabas?	☐ **Si** ☐ **No** *Si no, por favor explique.*

¿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 pilae: _____

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 que18 ☐ 18 to 24 ☐ 25 to 34 ☐ 35 to 54 ☐ 55+

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

☐ Grado 12 o menos	☐ Escuela secundaria graduada o equivalente
☐ Alguna universidad, sin título	☐ Grado asociado
☐ licenciatura	☐ Poste grado graduado

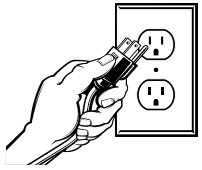
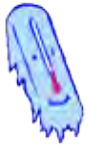
¡Gracias!

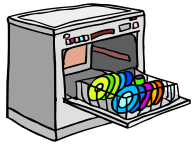
SAN BENITO COUNTY

TRACEY BELTON
DIRECTOR

Health & Human Services Agency

COMMUNITY SERVICES & WORKFORCE DEVELOPMENT *1161*
SAN FELIPE ROAD Bldg B · HOLLISTER, CA 95023
(831) 637-9293 · FAX (831) 634-0785

	Energy Saving Tips Free and Low Cost Recommendations	Consejos para ahorrar energía Recomendaciones Gratis y de Bajo Costo
	Replace Light Bulbs · Replace standard incandescent light bulbs with compact fluorescent light bulbs (CFLs) and save 75% off lighting costs.	**Reemplace los focos** · Reemplazca los focos incandescentes por bombillas fluorescentes compactas (CFL) y ahorran un 75% de descuento en los costos de iluminación.
	**Unplug Electronics** · 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** · 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 · 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** · 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** · Setting your air conditioner 5° higher will save up to 20% on cooling costs.	**Ajustar el termostato** · Configurando su acondicionador de aire a 5 grados más alto, permite ahorrar hasta un 20% en costos de enfriamento.
	Buy Energy Efficient Appliances · 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** · 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 · 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** · 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.

	Keep Cool With Ceiling Fans · 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.	**Mantenga fresco con ventiladores de techo** · 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.
	Be Smart About Lighting · Turn off unnecessary lighting and use task or desktop lamps with CFLs instead of overhead lights.	**Sea responsible con el uso de luces** · Apague las luces innecesaria y utilize lámparas de trabajo o de escritorio con CFL en lugar de las luces del techo.
	Power Down Your Computer · 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.	**Apagar la computadora** · 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.
	Wash Clothes in Cold Water · When possible, wash clothes in cold water. About 90% of the energy used in a clothes washer goes to water heating.	**Lave la ropa con agua fría** · 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.
	**Load Up Your Dishwasher** · Run your dishwasher and clothes washer only when fully loaded. Fewer loads reduce energy and water use.	**Carga tu Lavavajillas** · Utilice el lavaplatos y la lavadora de ropa sólo cuando esté completamente cargada. Lavando menos cargas reduce el consumo de energía y agua.
	Maintain Your Clothes Dryer · 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.	**Mantener su secadora de ropa** · 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.
	Find and Seal Leaks · 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.	**Buscar y sellar las fugas** · 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.