IMPORTANTE
FAVOR DE LEER

CommUnify
5638 Hollister Ave Ste 230
Goleta, CA 93117
805-964-8885
Fax: 805-964-6798

CommUnify
A Community Action Agency.

www.CommUnifySB.org

CommUnify
of Santa Barbara County
120 West Chestnut Ave
Lompoc, CA 93436
805-740-4555
805-740-4558

Goleta: Apellidos A-L Extensión#1134

Apellidos M-Z Extensión # 1197

Lompoc: Apellidos Ext 105

ENERGIA PARA EL HOGAR - PROGRAMA DE ASISTENCIA

Guía para quienes tienen necesidades especiales: La ley Federal requiere que se dé prioridad a los hogares de bajos recursos con alto costo de energía, y que se tome en consideración a las familias con niños menores de cinco años, personas mayores y discapacitados.

ASISTENCIA DE AGUA/AGUA RESIDUALES (LIHWAP)

Guía: Los solicitantes que califican según sus ingresos y cumplen con todos los demás requisitos de elegibilidad de LIHWAP son elegible para servicios por orden de llegada; por lo tanto, la priorización no es aplicable.

Para recibir asistencia deberá entregar COPIAS de los siguientes documentos:

LISTA DE DOCUMENTOS NECESARIOS

1. Identificación valida de California con fotografía.
2. Tarjeta de Seguro Social.
3. Facturas recientes de GAS y LUZ con descripción detallada de los términos y uso de kilovatios.
4. Comprobante de ingresos de todas las fuentes de trabajo de aquellos miembros del hogar, mayores de edad, ¡de las últimas cuatro semanas (los talones de cheque deberán mostrar el ingreso bruto) por favor no envié documentos originales!
5. Constancia de propiedad: Las casas móviles recreativas NO son elegibles para ningún servicio, para calificarla casa móvil DEBE ser más de 380 pies cuadrados. (*Para los que solicitan el programa de aclimatación.)*

Aquellos que reciben **Cal Works/TANF** y **estampillas de comida** deberán traer o enviar un aviso o memorando de acción de parte de la trabajadora social demostrando **las cantidades recibidas mensualmente**. Los beneficiarios de **SSI/SSA** deberán presentar la carta de los beneficios recibidos del **Departamento de Seguro Social** o **una cuenta bancaria** demostrando el depósito directo de los fondos. Comprobantes de **beneficios de desempleo, discapacidad, manutención de menores, retiro, pensión alimenticia, etc., deberán estar fechados dentro de los últimos 30 días.**

LAS APLICACIONES NO PUEDEN SER PROCESADAS SIN TODAS LAS DOCUMENTACION ACTUAL CORRECTA. LA INFORMACION DE APLICACIONES ANTERIORES NO PUEDE SER USADA

LOS CLIENTES EN RIESGO DE QUE SE LES DESCONECTE LOS SERVICIOS DEBERAN PRESENTAR LA SOLICITUD A LA OFICINA ANTES DE LAS 3:00 DE LA TARDE PARA QUE SE PROCESE EN EL MISMO DIA.

HORAS DE ATENCION: DE 8:30 AM a 11:30 AM y 1:00 PM a 3:00 PM
(temporalmente estamos cerrados llama para horas disponibles)
Correo Electrónico: Energyinfo@communifysb.org
Entrega solicitudes únicamente, de 8:00 AM a 5:00 PM (Buzón localizado en frente del edificio)
Enviar por correo: 5638 Hollister Ave. Ste, 230 Goleta, CA 93117

CommUnify
A Community Action Agency.

ACLIMATAR SU HOGAR GRATIS

No deje el dinero ahorre hasta $372 en su factura de servicios públicos y reciba hasta $3,000 en energía más eficiente para el hogar.

Haga su hogar más eficiente en energía.

Baja las cuentas de utilidades y se ahorra dinero.

- ✓ Insulacion de puertas
- ✓ Rellenos
- ✓ Alarmas para monoxide de carbono
- ✓ Probacion de los aparatos de gas
- ✓ Apagadores de pared
- ✓ Cobijas para el boiler
- ✓ Calenton de pared y reparacion
- ✓ Cabezas de duchas
- ✓ Cabezas para los fregadores
- ✓ Filtros para el calenton de gas

Su solicitud para ayuda de servicios públicos (HEAP) se aplicará automáticamente para el programa de aclimatización por nuestra oficina. Por favor, siga las instrucciones que aparecen en la primera página de este paquete en relación con la documentación necesaria.

Adjunto hay dos **Acuerdos de Servicios Energetios**. Por favor llene el apropiado:

- Si usted es un **dueño-ocupante** ó simplemente **inquilino** que esta solicitando soló teine que llenar y firmar la forma ***Energy Service Agreement for Occupant.***
- Si usted **no es** el dueño, entonces el dueño, gerente ó agente autorizado del agente debe llenar y firmar la forma ***Energy Service Agreement for Rental Property Owner.***

Usted será contactado por nuestro equipo de instalación dentro de 4-6 semanas después de la aprobación de su solicitud. Si tiene alguna duda, en particular sobre la documentación necesaria para su aplicación, por favor póngase en contacto con nosotros al **805-617-2897** ó **Energyinfo@communifysb.org**

Data Collection Form

- ☐ **Services requested/Servicios Solicitados**
- ☐ **Utility Assistance/Asistencia de Utilidad**
- ☐ **Weatherization/Climatazión**
- ☐ **Senior Home Repair/ Reparación de Vivienda para Adulto Mayor**
- ☐ **Water Assistance /Asistencia de Agua**

Applicant HOH/Solicitante

1. Telephone: *Teléfono:* _____ 2. Social Security Number: *Número de Seguro Social:* _____ 3. HOH Name: *Nombre:* _____

4. Address: *Domicilio:* _____ City: *Cuidad:* _____ Zip: *Código Postal:* _____

5. Date of Birth: *Fecha de Nacimiento:* _____ 6. Total number of people living in your home: *Número de Personas que viven en la casa:* _____

7. Education: *Educación:* _____ 8. Disabled? *¿Deshabilitado?* ☐Yes ☐ No 9. Veteran/Active Military? *¿Veterano/Militar?* ☐Yes ☐ No

10. *Race: *Raza:* ☐W ☐B ☐O ☐H ☐A ☐N 11. Ethnicity: *Grupo Étnico:* ☐Hispanic ☐Non-Hispanic

*W= White/Blanco, B=African American/Afroamericano, H=Hispanic/Latino, A=Asian/Asiático, N=Native American, Indio Nativo Americano

12. Landlords Name: *Nombre del Dueño:* _____ Telefono Number: *Telefono del Dueño:* _____ Email: *Correo Electrónico:* _____

13. Health Insurance: Seguro Médico: ☐No ☐ Yes: ☐ Direct Pay *Pago directo* ☐ Employment based *Por empleo* ☐ Medicaid *Médico del estado* ☐ Medicare *Seguro médico del estado* ☐CHIP

Household Members/Miembros del Hogar

1. Name: Nombre: _____ Date of Birth: Fecha de Nacimiento: _____

Sex: Sexo: ☐M ☐F Education: *Educación:* _____ Disabled? *¿Deshabilitado?* ☐Yes ☐ No Veteran/Active Military? *¿Veterano/Militar?* ☐Yes ☐ No

*Race: *Raza:* ☐W ☐B ☐O ☐H ☐A ☐N Ethnicity: *Grupo Étnico:* ☐Hispanic ☐Non-Hispanic **Disconnected Youth: *Jóvenes Desconectados:* ☐Yes ☐ No

** Youth 14-21 unemployed or not in school.
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: Seguro Médico: ☐No ☐ Yes: ☐ Direct Pay *Pago directo* ☐ Employment based *Por empleo* ☐ Medicaid *Médico del estado* ☐ Medicare *Seguro médico del estado* ☐CHIP

Household Members/Miembros del Hogar

2. Name: Nombre: _____ Date of Birth: Fecha de Nacimiento: _____

Sex: Sexo: ☐M ☐F Education: *Educación:* _____ Disabled? *¿Deshabilitado?* ☐Yes ☐ No Veteran/Active Military? *¿Veterano/Militar?* ☐Yes ☐ No

*Race: *Raza:* ☐W ☐B ☐O ☐H ☐A ☐N Ethnicity: *Grupo Étnico:* ☐Hispanic ☐Non-Hispanic **Disconnected Youth: *Jóvenes Desconectados:* ☐Yes ☐ No

** Youth 14-21 unemployed or not in school.
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: Seguro Médico: ☐No ☐ Yes: ☐ Direct Pay *Pago directo* ☐ Employment based *Por empleo* ☐ Medicaid *Médico del estado* ☐ Medicare *Seguro médico del estado* ☐CHIP

Data Collection Form

Household Members/Miembros del Hogar

3. Name: Nombre: _____ Date of Birth: Fecha de Nacimiento: _____

Sex: Sexo: ☐M ☐F Education: *Educación:* _____ Disabled? *¿Deshabilitado?* ☐Yes ☐ No Veteran/Active Military? *¿Veterano/Militar?* ☐Yes ☐ No

*Race: *Raza:* ☐W ☐B ☐O ☐H ☐A ☐N Ethnicity: *Grupo Étnico:* ☐Hispanic ☐Non-Hispanic **Disconnected Youth: *Jóvenes Desconectados:* ☐Yes ☐ No

** Youth 14-21 unemployed or not in school.
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: Seguro Médico: ☐No ☐ Yes: ☐ Direct Pay *Pago directo* ☐ Employment based *Por empleo* ☐ Medicaid *Médico del estado* ☐ Medicare *Seguro médico del estado* ☐CHIP

Household Members/Miembros del Hogar

4. Name: Nombre: _____ Date of Birth: Fecha de Nacimiento: _____

Sex: Sexo: ☐M ☐F Education: *Educación:* _____ Disabled? *¿Deshabilitado?* ☐Yes ☐ No Veteran/Active Military? *¿Veterano/Militar?* ☐Yes ☐ No

*Race: *Raza:* ☐W ☐B ☐O ☐H ☐A ☐N Ethnicity: *Grupo Étnico:* ☐Hispanic ☐Non-Hispanic **Disconnected Youth: *Jóvenes Desconectados:* ☐Yes ☐ No

** Youth 14-21 unemployed or not in school.
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: Seguro Médico: ☐No ☐ Yes: ☐ Direct Pay *Pago directo* ☐ Employment based *Por empleo* ☐ Medicaid *Médico del estado* ☐ Medicare *Seguro médico del estado* ☐CHIP

Household Members/Miembros del Hogar

5. Name: Nombre: _____ Date of Birth: Fecha de Nacimiento: _____

Sex: Sexo: ☐M ☐F Education: *Educación:* _____ Disabled? *¿Deshabilitado?* ☐Yes ☐ No Veteran/Active Military? *¿Veterano/Militar?* ☐Yes ☐ No

*Race: *Raza:* ☐W ☐B ☐O ☐H ☐A ☐N Ethnicity: *Grupo Étnico:* ☐Hispanic ☐Non-Hispanic **Disconnected Youth: *Jóvenes Desconectados:* ☐Yes ☐ No

** Youth 14-21 unemployed or not in school.
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: Seguro Médico: ☐No ☐ Yes: ☐ Direct Pay *Pago directo* ☐ Employment based *Por empleo* ☐ Medicaid *Médico del estado* ☐ Medicare *Seguro médico del estado* ☐CHIP

Household Members/Miembros del Hogar

6. Name: Nombre: _____ Date of Birth: Fecha de Nacimiento: _____

Sex: Sexo: ☐M ☐F Education: *Educación:* _____ Disabled? *¿Deshabilitado?* ☐Yes ☐ No Veteran/Active Military? *¿Veterano/Militar?* ☐Yes ☐ No

*Race: *Raza:* ☐W ☐B ☐O ☐H ☐A ☐N Ethnicity: *Grupo Étnico:* ☐Hispanic ☐Non-Hispanic **Disconnected Youth: *Jóvenes Desconectados:* ☐Yes ☐ No

** Youth 14-21 unemployed or not in school.
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: Seguro Médico: ☐No ☐ Yes: ☐ Direct Pay *Pago directo* ☐ Employment based *Por empleo* ☐ Medicaid *Médico del estado* ☐ Medicare *Seguro médico del estado* ☐CHIP

Data Collection Form

Household Members/Miembros del Hogar

7. Name: Nombre: _____ Date of Birth: Fecha de Nacimiento: _____

Sex: Sexo: ☐M ☐F Education: *Educación:* _____ Disabled? *¿Deshabilitado?* ☐Yes ☐ No Veteran/Active Military? *¿Veterano/Militar?* ☐Yes ☐ No

*Race: *Raza:* ☐W ☐B ☐O ☐H ☐A ☐N Ethnicity: *Grupo Étnico:* ☐Hispanic ☐Non-Hispanic **Disconnected Youth: *Jóvenes Desconectados:* ☐Yes ☐ No

** Youth 14-21 unemployed or not in school.
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: Seguro Médico: ☐No ☐ Yes: ☐ Direct Pay *Pago directo* ☐ Employment based *Por empleo* ☐ Medicaid *Médico del estado* ☐ Medicare *Seguro médico del estado* ☐CHIP

Household Members/Miembros del Hogar

8. Name: Nombre: _____ Date of Birth: Fecha de Nacimiento: _____

Sex: Sexo: ☐M ☐F Education: *Educación:* _____ Disabled? *¿Deshabilitado?* ☐Yes ☐ No Veteran/Active Military? *¿Veterano/Militar?* ☐Yes ☐ No

*Race: *Raza:* ☐W ☐B ☐O ☐H ☐A ☐N Ethnicity: *Grupo Étnico:* ☐Hispanic ☐Non-Hispanic **Disconnected Youth: *Jóvenes Desconectados:* ☐Yes ☐ No

** Youth 14-21 unemployed or not in school.
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: Seguro Médico: ☐No ☐ Yes: ☐ Direct Pay *Pago directo* ☐ Employment based *Por empleo* ☐ Medicaid *Médico del estado* ☐ Medicare *Seguro médico del estado* ☐CHIP

Household Members/Miembros del Hogar

9. Name: Nombre: _____ Date of Birth: Fecha de Nacimiento: _____

Sex: Sexo: ☐M ☐F Education: *Educación:* _____ Disabled? *¿Deshabilitado?* ☐Yes ☐ No Veteran/Active Military? *¿Veterano/Militar?* ☐Yes ☐ No

*Race: *Raza:* ☐W ☐B ☐O ☐H ☐A ☐N Ethnicity: *Grupo Étnico:* ☐Hispanic ☐Non-Hispanic **Disconnected Youth: *Jóvenes Desconectados:* ☐Yes ☐ No

** Youth 14-21 unemployed or not in school.
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: Seguro Médico: ☐No ☐ Yes: ☐ Direct Pay *Pago directo* ☐ Employment based *Por empleo* ☐ Medicaid *Médico del estado* ☐ Medicare *Seguro médico del estado* ☐CHIP

Household Members/Miembros del Hogar

10. Name: Nombre: _____ Date of Birth: Fecha de Nacimiento: _____

Sex: Sexo: ☐M ☐F Education: *Educación:* _____ Disabled? *¿Deshabilitado?* ☐Yes ☐ No Veteran/Active Military? *¿Veterano/Militar?* ☐Yes ☐ No

*Race: *Raza:* ☐W ☐B ☐O ☐H ☐A ☐N Ethnicity: *Grupo Étnico:* ☐Hispanic ☐Non-Hispanic **Disconnected Youth: *Jóvenes Desconectados:* ☐Yes ☐ No

** Youth 14-21 unemployed or not in school.
Jóvenes de 14 a 21 años desempleados o no en la escuela.

Health Insurance: Seguro Médico: ☐No ☐ Yes: ☐ Direct Pay *Pago directo* ☐ Employment based *Por empleo* ☐ Medicaid *Médico del estado* ☐ Medicare *Seguro médico del estado* ☐CHIP

Department of Community Services and Development
Energy Intake Form
CSD 43 (10/2017)

Solo para uso oficial	
Priority Points	
A.C.C.	

Agency:	Intake Initials:	Intake Date:	Eligibiltiy Cert Date	

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

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

Domicilio De Servicio			Número de unidad
Ciudad	**Condado**	**Estado**	**Código postal**

¿Ha vivido en este domicilio durante los últimos 12 meses corridos? ..... ☐ Sí ☐ No
¿Su domicilio de servicio es el mismo que su domicilio de residencia?..... ☐ Sí ☐ No

Domicilio postal			Número de unidad
Ciudad	**Condado**	**Estado**	**Código postal**

Número de seguridad social (SSN):											Número telefónico ( )

Correo Electronico:

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Ingrese la cantidad total de personas que viven en el hogar incluido usted →		**INGRESOS** Ingrese la cantidad total de personas que reciben ingresos →	
Datos demográficos: Ingrese la cantidad de personas en el hogar que son:		*Indique e el ingreso mensual **bruto** total de **todas** las personas que viven en el hogar:*	
Edades 0 – 2 años		TANF / CalWorks	$
Edades 3 - 5 años		SSI / SSP	$
Edades 6 - 18 años		SSA / SSDI	$
Edades 19 - 59		Cheque(s) de pago	$
Edades mayor de 60 años		Intereses	$
Discapacitado		Pensión	$
Nativo Americano		Otro	$
Trabajador agrícola estacional o migrante		**Ingreso mensual total**	**$**

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

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

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

FACTURA DE PAGO

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

☐ Gas Natural ☐ Electricidad ☐ Madera ☐ Propano ☐ Aceite combustible ☐ Kerosene ☐ Otro combustible

Ingrese la empresa de energía y el número de cuenta:

Nombre de la empresa:_____ No. de cuenta:_____

¿Su servicio público está interrumpido? ☐ Sí ☐ No

¿Recibió una notificación por atraso? ☐ Sí ☐ No

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

¿Sus servicios públicos son todos eléctricos? ☐ Sí ☐ No

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

, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)

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

Indique la cantidad aproximada de días que quedan antes de que se quede sin combustible (madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles). Cantidad de días: _____ ☐ N/A

INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA

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

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

☐ Gas Natural ☐ Electricidad ☐ Madera ☐ Propano ☐ Aceite combustible ☐ Kerosene ☐ Otro combustible

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

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

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

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

X		
	*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***	Fecha

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

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

Utility Assistance being provided under which program → ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ HEAP WPO ☐ ECIP WPO

Base Benefit $_____ **Supplement $**_____ **Total Benefit $**_____

Total Energy Cost $_____ **Energy Burden** _____

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

Home Referred for WX: ☐ Home Already Weatherized: ☐

Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario
Formulario anexo de admisión del LIHWAP
CSD 43 -A (04/2022)

Solo para uso oficial:	
A.C.C.	
Fecha de cert. de elegibilidad	

Agencia: Iniciales de ingreso: Fecha de ingreso:

¿Es dueño o alquila su hogar?..... ☐ Dueño ☐ Alquila

MIEMBROS DEL HOGAR

A CONTINUACIÓN INGRESE LA INFORMACIÓN DE **TODOS** LOS MIEMBROS DEL HOGAR.
Si hay más de 7 personas en su hogar, indique la información en un papel aparte.

SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante *Usted mismo*
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ No sabe/Decide no responder	Raza: ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐Otro ☐No sabe/Decide no responder		¿Hispano/Latino/Español? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe/Decide no responder

MIEMBRO DEL HOGAR 2

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ No sabe/Decide no responder	Raza: ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐Otro ☐No sabe/Decide no responder		¿Hispano/Latino/Español? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe/Decide no responder

MIEMBRO DEL HOGAR 3

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ No sabe/Decide no responder	Raza: ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐Otro ☐No sabe/Decide no responder		¿Hispano/Latino/Español? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe/Decide no responder

MIEMBRO DEL HOGAR 4

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ No sabe/Decide no responder	Raza: ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐Otro ☐No sabe/Decide no responder		¿Hispano/Latino/Español? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe/Decide no responder

MIEMBRO DEL HOGAR 5

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ No sabe/Decide no responder	Raza: ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐Otro ☐No sabe/Decide no responder		¿Hispano/Latino/Español? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe/Decide no responder

MIEMBRO DEL HOGAR 6

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante

Fecha de nacimiento:	Raza: ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático	¿Hispano/Latino/Español?
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ No sabe/Decide no responder	☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐Otro ☐No sabe/Decide no responder	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe/Decide no responder

MIEMBRO DEL HOGAR 6

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante

Fecha de nacimiento:	Raza: ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático	¿Hispano/Latino/Español?
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ No sabe/Decide no responder	☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o isleño del pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐Otro ☐No sabe/Decide no responder	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe/Decide no responder

¿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 bienes inmuebles (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

CommUnify

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo_____ doy mi consentimiento a CommUnify para solicitar y divulgar información de facturación, pago y cuenta y comunicación electrónica de la agencia/servicio proporcionado que se detalla a continuación. Entiendo que la información compartida se utilizará con el único propósito de aprobar el programa de asistencia de LIHWAP.

Representante de la agencia	Agencia	Número de teléfono

Para los siguientes propósitos:

Solicitar y recibir acceso al estado de cuenta más reciente del cliente para procesar el pago de asistencia de agua.

1. Entiendo que la información permanecerá confidencial.
2. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este permiso si lo solicito y que las fotocopias de esta autorización se considerarán válidas como el original.
3. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Esta autorización será válida hasta _____.

He leído y entendido la información anterior.

Nombre en la cuenta	Número de cuenta	Fecha
Imprimir nombre	Firma del cliente/representante	Fecha

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo
CSD 43B (rev.12/2013)

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

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

Información del solicitante	
Nombre:	
Dirección:	

Sección 1: Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar?

☐	☐	Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?
☐	☐	Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?
☐	☐	Durante el mes anterior, ha recibido dinero por cualquier trabajo que se realiza sólo de vez en cuando, como trabajaren el jardín, cuidado de niños, la donación de sangre, etc?
☐	☐	Durante el mes anterior, ha recibido algún regalo de dinero? Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre y número de teléfono de la persona que le entregó el regalo:
☐	☐	Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)

COMPENSASION DEL TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOVIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS

☐	☐	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)

PAGOS DE ANUALIDADES	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE CASINO	LOS INGRESOS POR ALQUILER	BENEFICIOS DE SEGURO

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

Sección 2: Está gastando sus ahorros o dinero prestado para cubrir sus gastos mensuales?

☐	☐	Está utilizando ahorros o un préstamo con garantía hipotecaria? Cuánto?
☐	☐	Está utilizando algún otro activo (dinero)? Cuánto?
☐	☐	Está pidiendo prestado de las tarjetas de crédito? Cuánto?
☐	☐	Está pidiendo prestado de alguna otra fuente? Cuánto?

Sección 3: Por favor, díganos cómo usted pagó estos gastos mensuales durante los meses anteriores:

GASTOS	GASTOS MENSUALES	CÓMO EL GASTO HA SIDO PAGADO?	SI ALGUIEN PAGA POR SUS GASTOS, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:	
Alquiler o Hipoteca	$		Nombre:	Teléfono:
			Dirección:	
Facturas de servicios públicos	$		Nombre:	Teléfono:
			Dirección:	
Alimentos	$		Nombre:	Teléfono:
			Dirección:	

Sección 4: Si nada de lo anterior se aplica a usted, por favor explique cómo sus gastos mensuales se pagan:

Firma:

Al firmar este formulario, yo afirmo que yo creo que estos hechos son exactos y veraces. Doy al Proveedor de Servicios mi permiso para verificar esta información y puedo ser responsable bajo la ley federal o estatal por dar declaraciones falsas o fraudulentas.

Firma del solicitante Fecha

Estado de California
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS Y DESAROLLO COMUNITARIO
CSD 321 (Rev. 12/05/11)

CONFIRMACIÓN DE RECEPCIÓN DE EDUCACIÓN AL CLIENTE

Nombre del ocupante	Edad de la vivienda
Dirección de la vivienda	

Confirmación de recepción

He recibido la siguiente información:

☐ **Educación de seguridad con respecto al plomo** Una copia del folleto, *Derecho de renovación: Información importante sobre el peligro del plomo para familias, proveedores de cuidado infantil y escuelas* , en el cual me informan sobre el riesgo potencial a la exposición del plomo en actividades de climatización o renovación que se realicen en mi unidad residencial.

☑ **Educación sobre la energía:** información sobre los cambios que puedo hacer para reducir el consumo de energ ía en mi hogar.

☐ **Educación sobre moho y humedad:** una copia del folleto, *Una guía breve sobre moho y humedad en su hogar* , en el cual me informan sobre cómo limpiar problemas de moho en residencias y cómo prevenir el crecimiento de moho.

☑ **Asesoramiento presupuestario:** información sobre la gestión financiera personal.

☐ **Educación sobre el radón;** una copia del folleto, *Una guía sobre el radón para ciudadanos* , en el cual me informan del riesgo potencial del radón y cómo reducir el nivel de radón en mi unidad residencial.

Firma de quien recibe	Fecha

Opción de autocertificación

Certifico que intenté entregar la siguiente información educativa a la vivienda que se menciona arriba:

☐ **Seguridad con el plomo** ☐ **Energia** ☐ **Moho/humedad** ☐ **Asesoramiento presupuestario** ☐ **Radón**

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

☐ **Negativa a firmar:** certifico que hice todo lo posible de buena fe para entreg ar la información a la unidad residencial mencionada anteriormente en la fecha y hora indicadas, y que el ocupante se negó a firmar la confirmación de recepción. Certifico además que le he dejado al ocupante una copia de la información en la unidad.

☐ **No disponible para firmar:** certifico que hice todo lo posible de buena fe para entreg ar la información a la unidad residencial mencionada anteriormente, y que el ocupante no estaba presente para firmar la confirmación de recepción. Certifico además que le he dejado una copia de la información en la unidad debajo de la puerta.

Fechas y horas de intento de entrega

Fecha	Hora	Fecha	Fecha	Hora

Firma (Representante de la agencia)	

Opción de envío:

Certifico que he enviado por correo la siguiente información educativa a la vivienda mencionada anteriormente (adjuntar copia del Certificado de envío solo para educación con respecto al plomo):

☐ **Seguridad con el plomo** ☐ **Energia** ☐ **Mojo/humedad** ☐ **Asesoramiento presupuestario** ☐ **Radón**

Firma (Representante de la agencia)		Fecha de envío

Department of Community Services and Development

Formulario de autorización y consentimiento del titular de la cuenta

CSD Form 081 (Rev. 12/17)

NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL DEL TITULAR DE LA CUENTA

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

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

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

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

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

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

Firma del titular de la cuenta	**Fecha**

Nombre del contratista/organización asociada de CSD

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO

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

PROGRAMAS APLICABLES

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

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

ESTADO DE CALIFORNIA
DEPARTMENTO DE SERVICIOS COMUNITARIOS Y DESARROLLO
CSD 515A (Rev. 2/12/16)

ACUERDO DE SERVICIO DE ENERGÍA PARA OCUPANTES

Información de la Vivienda

Seleccione el tipo de vivienda						Yo soy el			
Unifamiliar	☐	Móvil	☐	Múltiple		Dueño-Ocupante	☐	Inquilino	☐

Información del Dueño-Ocupante o Inquilino

Dueño-Ocupante o Inquilino (imprimir o escribir nombre)		Dirección	
No. apto./unidad	**Ciudad**	**Código postal**	**Número telefónico**
Dirección de correo electónico del Dueño-Ocupante o Inquilino			**Número de FAX del Dueño-Ocupante o Inquilino**

Aceptación de los términos del Dueño-Ocupante o Inquilino para los servicios de climatización del CSD (A ser completado por el Dueño-Ocupante o Inquilino)

Estoy de acuerdo en aceptar los siguientes TÉRMINOS requeridos para que mi residencia principal reciba servicios del (de los) programa (s) de climatización del Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD):

1. Declaro que la propiedad mencionada arriba es mi residencia principal.
2. Autorizo al Contratista / la Agencia a entrar a mi propiedad para realizar evaluaciones, realizar diagnósticos, tomar fotos solamente de trabajos de climatización que se van a realizar o a diferir (en relación con servicios individuales o de toda la casa), instalar medidas factibles de climatización y realizar inspecciones de acuerdo con las políticas y estándares del programa de climatización del CSD a la propiedad de alquiler arriba indicada.
3. Reconozco que una evaluación de mi vivienda es necesaria para determinar el trabajo que se puede realizar y que el trabajo que está disponible puede ser limitado debido a las necesidades y condiciones de mi residencia. El trabajo identificado puede no ser proporcionado si no cumple con todos los requisitos y especificaciones del programa y puede llevar al aplazamiento total o parcial del trabajo. Mi rechazo de ciertos trabajos puede impedir la instalación de otros trabajos identificados de acuerdo con los requisitos del programa.
4. Por medio del presente acuerdo, libero al Contratista / la Agencia que se menciona a continuación, y a su personal, de cualquier responsabilidad relacionada con el trabajo identificado en una lista resumida, excepto si resulta en una consecuencia causada por negligencia grave o mala conducta voluntaria y deliberada.
5. Autorizo al Contratista / la Agencia a acceder a los registros de mi compañía de servicios públicos para obtener solamente datos de uso de energía por un período de un año antes y dos años después de que se instalen las medidas de climatización.
6. Autorizo al Contratista/la Agencia, a los inspectores locales, estatales y / o federales a ingresar a la vivienda luego de un aviso razonable para realizar inspecciones para verificar la existencia y calidad del trabajo realizado por el contratista / la agencia y el cumplimiento de los requisitos de los códigos de edificación locales, estatales y / o federales y las pautas del programa y reconozco que un permiso puede ser requerido para el trabajo específico de climatización. Entiendo que puedo ser hallado financieramente responsable por el trabajo de climatización si me niego a permitir el acceso con propósitos de inspección y emisión de permisos.
7. No removeré ninguna de las medidas de conservación de energía instaladas permanentemente a menos que estén dañadas o ya no funcionen en la residencia donde fueron instaladas.

Declaraciones adicionales para dueños-ocupantes SOLAMENTE:

8. Reconozco y acepto que esta propiedad no está a la venta en el momento de ser evaluada para el programa y no será ofrecida para la venta o distribuida de otra manera, por lo menos por sesenta días después de la culminación de los servicios de climatización.
9. Unidades de casas móviles solamente: Reconozco que mi propiedad no puede recibir servicios que requieran un permiso si el registro de la unidad móvil no está actualizado.

Declaraciones adicionales para inquilinos SOLAMENTE:

10. Reconozco que el dueño de la propiedad de alquiler debe otorgar al contratista / la agencia los mismos permisos firmando el Acuerdo de Servicio de Energía para Dueños de Propiedades de Alquiler CSD 515B antes de que se presten los servicios.

ESTADO DE CALIFORNIA
DEPARTMENTO DE SERVICIOS COMUNITARIOS Y DESARROLLO
CSD 515A (Rev. 2/12/16)

ACUERDO DE SERVICIO DE ENERGÍA PARA OCUPANTES

11. Entiendo que el dueño de la propiedad no puede aumentar el alquiler de la unidad por un período de dos años a partir de la fecha de la climatización como consecuencia del aumento del valor de la unidad debido únicamente a las medidas de climatización proporcionadas por el Contratista / la Agencia (los factores permitidos para incrementar el alquiler son: un aumento real de los impuestos sobre la propiedad, el costo real de amortizar otras mejoras a la propiedad realizadas después de la fecha de culminación del trabajo por parte del contratista / la agencia, o los aumentos reales de los gastos de mantenimiento y operación de esta propiedad).

12. Reconozco que se me ha proporcionado una copia de este Acuerdo explicando sus términos vigentes durante un período de dos años, luego de finalizados los servicios de climatización. Proceso de Quejas: En caso de que no se cumplan las disposiciones de este acuerdo relacionadas con el aumento de la renta o debido a que el arrendador deje de disminuir los costos de los servicios públicos en aquellas unidades con medidores centralizados, los inquilinos pueden contactar al Contratista / la Agencia para presentar una queja verbal o escrita, la cual será investigada por el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo. La información de contacto del Contratista / la Agencia se encuentra en este acuerdo bajo la sección titulada "Garantía del Contratista / la Agencia".

13. Puedo retener la medida de conservación de energía de reemplazo instalado por el (los) programa (s) de climatización del CSD si el electrodoméstico reemplazado era de mi propiedad personal.

DECLARO QUE soy el Dueño-Ocupante o Inquilino que reside en la vivienda mencionada anteriormente que sirve como mi residencia principal y doy constancia de que todas las declaraciones dadas son verdaderas y correctas de acuerdo con mi leal saber. He leído y entiendo estos TÉRMINOS Y EXONERACIÓN, y acepto estar obligado por todos sus términos y condiciones a fin de recibir servicios de climatización bajo el (los) programa (s) de climatización del CSD.

Firma del Dueño-Ocupante o Inquilino	Fecha

Garantía del Contratista / la Agencia

Contratista / la Agencia (imprimir nombre)	Dirección

Número CSLB (si corresponde)	Ciudad	Código postal	Número telefónico del Contratista / la Agencia

Correo electrónico del Contratista / la Agencia	Número de FAX del Contratista / la Agencia

El Contratista / la Agencia acuerda lo siguiente:

1. Será responsable del posible costo de las medidas de climatización diferentes al aporte en efectivo por parte del Dueño o del Agente del Dueño si corresponde, y cualquier incumplimiento posterior.
2. Se asegurará de que el Contratista / la Agencia esté debidamente asegurado.
3. Se asegurá de que el trabajo se lleve a cabo de manera profesional y cumpla con los estándares del programa y código de edificación.
4. No realizará cambios estructurales importantes en la vivienda sin solicitar permiso por escrito del dueño de la vivienda, describiendo específicamente el cambio a realizar.
5. Proporcionará por escrito una lista de todas las medidas de climatización instaladas en la unidad.
6. Asegurará que los datos del propietario, el agente del dueño y el inquilino se mantendrán de manera confidencial para asegurar el cumplimiento con la Ley de Prácticas de Información de 1977, según enmienda, y la Ley Federal de Privacidad de 1974, según enmienda.

Firma del Gerente del Programa de la Agencia	Nombre del Gerente del Programa de la Agencia (imprimir nombre)	Fecha

ESTADO DE CALIFORNIA
DEPARTMENTO DE SERVICIOS COMUNITARIOS Y DESARROLLO
CSD 515B (Rev. 2/12/16)

ACUERDO DE SERVICIO DE ENERGÍA PARA DUEÑOS DE PROPIEDADES DE ALQUILER

Información Vivienda Unifamiliar / Vivienda Móvil

Nombre del Inquilino	Dirección	
Ciudad	Código postal	Clase
		Unifamiliar ☐ Móvil ☐

Información Vivienda Multifamiliar/Conjunto

Cantidad de edificios aptos en el conjunto:		Utilizar hojas adicionales, si es necesario.

Edificio #1

Nombre del conjunto / edificio (si corresponde)		Dirección del edificio		
Ciudad	Código postal	Nº de unidades en el edificio	Nº de unidades a ser climatizadas	Nº de unidades desocupadas y no aptas
Lista de unidades aptas		Lista de unidades desocupadas y no aptas		

Edificio #2

Nombre del conjunto / edificio (si corresponde)		Dirección del edificio		
Ciudad	Código Postal	# de unidades en el edificio	Nº de unidades a ser climatizadas	Nº de unidades desocupadas y no aptas
Lista de unidades aptas		Lista de unidades desocupadas y no aptas		

Edificio #3

Nombre del conjunto / edificio (si corresponde)		Dirección del edificio		
Ciudad	Código postal	Nº de unidades en el edificio	Nº de unidades a ser climatizadas	Nº de unidades desocupadas y no aptas
Lista de unidades aptas		Lista de unidades desocupadas y no aptas		

Información del Dueño y del Agente del Dueño

Dueño (Imprimir o escribir el nombre)		Dirección	
No. de apto./unidad	Ciudad	Código postal	Número de teléfono del Dueño
Correo eléctrnico del Dueño			Número de FAX del Dueño

Si el Dueño utiliza un agente para la propiedad mencionada anteriormente, complete la información del Dueño y del agente.

Agente (Imprimir o escribir el nombre)		Dirección	
No. de apto./unidad	Ciudad	Código postal	Número de teléfono del Agente

ACUERDO DE SERVICIO DE ENERGÍA PARA DUEÑOS DE PROPIEDADES DE ALQUILER

Dirección de correo electrónico del agente	Número de FAX del Agente

Aceptación de términos del Dueño y de su Agente para recibir el Servicio de Climatización del CSD

Estoy de acuerdo y acepto todos los siguientes TÉRMINOS requeridos para que mi propiedad alquilada reciba los servicios del Programa de Climatización del Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD):

1. Declaro que soy el Dueño (o el Agente del Dueño de la propiedad de alquiler arriba indicada.
2. Autorizo al Contratista / la Agencia a entrar a mi propiedad para realizar evaluaciones, realizar diagnósticos, tomar fotos solamente de trabajos de climatización que se van a realizar, o a diferir (en relación con servicios individuales o de toda la casa), instalar medidas factibles de climatización y realizar inspecciones de acuerdo con las políticas y estándares del programa de climatización del CSD a la propiedad de alquiler arriba indicada.
3. Reconozco que una evaluación de mi propiedad es necesaria para determinar el trabajo que se puede realizar y que el trabajo que está disponible puede ser limitado debido a las necesidades y condiciones de mi propiedad. El trabajo identificado no puede ser proporcionado si no cumple con todos los requisitos y especificaciones del programa y puede llevar al aplazamiento total o parcial del trabajo. Mi rechazo de ciertos trabajos puede impedir la instalación de otros trabajos identificados de acuerdo con los requisitos del programa.
4. No removeré ninguna de las medidas de conservación de energía a menos que estén dañadas o ya no funcionen en la propiedad de alquiler en donde fueron instaladas. Si el artículo reemplazado (es decir, el refrigerador u otro electrodoméstico) era propiedad personal de mi inquilino, el inquilino mantendrá el artículo de reemplazo de conservación de energía instalado por el (los) programa (s) de climatización del CSD.
5. Unidades de casas móviles solamente: Reconozco que mi propiedad no puede recibir servicios que requieren un permiso si el registro de mi unidad móvil no está actualizado.
6. Por medio del presente acuerdo, libero al Contratista / la Agencia que se menciona a continuación y a su personal, de cualquier responsabilidad relacionada con cualquier trabajo identificado en una lista resumida, excepto si resulta en una consecuencia causada por negligencia grave o mala conducta voluntaria y deliberada.
7. Autorizo al Contratista / la Agencia a tener acceso a los registros del medidor centralizado de la compañía de servicios públicos de mi conjunto para obtener solamente datos de uso de energía por un período de un año antes y por dos años después de que se instalen las medidas de climatización.
8. Autorizo al Contratista / la Agencia, a los inspectores locales, estatales y / o federales a ingresar a la vivienda luego de un aviso razonable para realizar inspecciones para verificar la existencia y calidad del trabajo realizado por el Contratista / la Agencia y el cumplimiento de los requisitos de los códigos de edificación locales, estatales y / o federales y las pautas del programa, y reconozco que un permiso puede ser requerido para el trabajo específico de climatización. Entiendo que puedo ser hallado financieramente responsable por el trabajo de climatización si me niego a permitir el acceso, con propósitos de inspección y emisión de permisos.
9. Declaro que yo, como dueño o como agente del dueño, garantizo que el servicio de gas o electricidad, o ambos, que es proporcionado por un medidor centralizado a los inquilinos, será cobrado al costo de los servicios públicos de acuerdo con la Sección 739.5 del Código de la Comisión de Servicios Públicos de California u otras regulaciones gubernamentales correspondientes.
10. Declaro que yo, como dueño o agente del dueño, no aumentaré el alquiler de ninguna unidad climatizada durante un período de dos años a partir de la fecha de la climatización como consecuencia del aumento del valor de la unidad debido únicamente a las medidas de climatización proporcionadas (los factores permitidos para incrementar el alquiler son: un aumento real de los impuestos sobre la propiedad, el costo real de amortizar otras mejoras a la propiedad realizadas después de la fecha de culminación del trabajo por parte del contratista / la agencia, o los aumentos reales de los gastos de mantenimiento y operación de esta propiedad).
11. Reconozco y acepto que esta propiedad no está a la venta en el momento de ser evaluada para el programa y no será ofrecida para la venta o distribuida de otra manera por lo menos por sesenta días después de la terminación de los servicios de climatización.

ACUERDO DE SERVICIO DE ENERGÍA PARA DUEÑOS DE PROPIEDADES DE ALQUILER

12. Declaro que proveeré una copia de este acuerdo explicando sus términos a todos los inquilinos y subsiguientes inquilinos que residen en la unidad dentro de un período de dos años. Proceso de Quejas: En caso de que no se cumplan las disposiciones de este acuerdo, relacionadas con el aumento de la renta o debido a que ell arrendador deje de disminuir los costos de los servicios públicos en aquellas unidades con medidores de energía centraizadosl, los inquilinos pueden contactar al Contratista / la Agencia para presentar una queja verbal o escrita, la cual será investigada por el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo. La información de contacto del Contratista / la Agencia se encuentra en este acuerdo bajo la sección titulada "Garantía del Contratista / la Agencia".

Declaración adicional para viviendas de unidades múltiples desocupadas SOLAMENTE:

13. Estoy de acuerdo con que "alquiler" se define como el pago mensual del inquilino al dueño (vivienda no subsidiada) o el alquiler del contrato (vivienda subsidiada).
14. Presentaré al Contratista / la Agencia un cronograma de los alquileres antes de comenzar el trabajo.
15. Proyectos de rehabilitación del gobierno federal, estatal o local solamente: Yo certifico que si una unidad desocupada es contada como un hogar apto para cumplir con el umbral mínimo de toda la climatización del edificio (regla del 66%), la unidad será ocupada por una familia apta dentro de los 180 días posteriores a la finalización de la climatización (CFR 440.22 (b) (2) (ii)).

ESTADO DE CALIFORNIA
DEPARTMENTO DE SERVICIOS COMUNITARIOS Y DESARROLLO
CSD 515B (Rev. 2/12/16)

ACUERDO DE SERVICIO DE ENERGÍA PARA DUEÑOS DE PROPIEDADES DE ALQUILER

DECLARO QUE soy el Dueño o el Agente del Dueño de la vivienda o conjunto aquí citado y doy constancia de que todas las declaraciones dadas son verdaderas y correctas de acuerdo con mi leal saber. He leído y entiendo estos TÉRMINOS Y EXONERACIÓN, y acepto estar obligado por todos sus términos y condiciones para que mi propiedad reciba servicios de climatización bajo el (los) programa (s) de climatización del CSD.

Firma del Dueño (o Agente del Dueño)	Fecha

Garantía del Contratista / la Agencia

Contratista/ la Agencia (Imprimir o escribir el nombre)		Dirección	
Número CSLB (si corresponde)	**Ciudad**	**Código Postal**	**Número de teléfono del Contratista/ la Agencia**
Dirección de correo electrónico del Contratista/ la Agencia			**Número de FAX del Contratista/ la Agencia**

El Contratista/la Agencia acuerda lo siguiente:

1. Será responsable del posible costo de las medidas de climatización diferentes al aporte en efectivo por parte del Dueño o Agente del Dueño si corresponde, y cualquier incumplimiento posterior.
2. Se asegurará de que el Contratista / la Agencia esté debidamente asegurado.
3. Se asegurá de que el trabajo se lleve a cabo de manera profesional y cumpla con los estándares del programa y código de edificación.
4. No realizará cambios estructurales importantes en la vivienda sin solicitar permiso por escrito del propietario de la vivienda, describiendo específicamente el cambio a realizar.
5. Proporcionará por escrito una lista de todas las medidas de climatización instaladas en la unidad.
6. Asegurará que los datos del dueño, o del agente del dueño, y el inquilino se mantendrán de manera confidencial para asegurar el cumplimiento con la Ley de Prácticas de Información de 1977, según enmienda, y la Ley Federal de Privacidad de 1974, según enmienda.

Firma del Gerente del Programa de la Agencia	Nombre del Gerente del Programa de la Agencia (imprimir nombre)	Fecha

Documentación requirida:

¿Se recibió el cronograma de alquiler del propietario de la propiedad, si corresponde?	S ☐	N ☐	Si corresponde, CSD 75 completado?	S ☐	N ☐

RECURSOS ADICIONALES

Para mayor información sobre cómo crear y mantener un presupuesto, visite
www.practicalmoneyskills.com/budgeting

Para acceder a una Hoja de Cálculo de Presupuesto que calcule las cifras por usted, visite
www.practicalmoneyskills.com/budgetplanner

Para ver otros calculadores de presupuesto en línea, visite
www.practicalmoneyskills.com/calculators

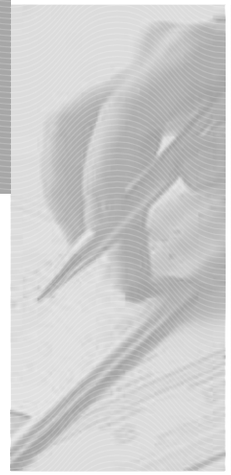
Practical Money Skills for Life™

VISA

Para mayor información, visite
www.practicalmoneyskills.com

©2009 Visa Inc.
VPMSFL09INSRTBB 2.09

Practical Money Skills for Life™



GUÍA PRÁCTICA DE FINANZAS

CONCEPTOS BÁSICOS DEL PRESUPUESTO

Aprenda a crear y ajustarse a un presupuesto

VISA

CREAR UN PRESUPUESTO QUE LE SIRVA ES MUY SENCILLO

Un presupuesto puede ayudarlo a pagar sus cuentas a tiempo, cubrir emergencias inesperadas y alcanzar sus metas financieras, tanto ahora como en el futuro. La mayoría de la información que necesita para su presupuesto está al alcance de su mano. Esta guía explica cómo crear un presupuesto y ajustarse a él.

GUÍA PRÁCTICA DE FINANZAS

CONCEPTOS BÁSICOS DEL PRESUPUESTO
HISTORIAL CREDITICIO
CONCEPTOS BÁSICOS DE LAS TARJETAS DE CRÉDITO
CONCEPTOS BÁSICOS DE LAS TARJETAS DE DÉBITO
CONCEPTOS BÁSICOS DE LAS TARJETAS PREPAGAS
ROBO DE IDENTIDAD

Cuando usted sabe cómo manejar sus finanzas, tiene una herramienta muy valiosa para controlar su vida. El uso inteligente de esta capacidad puede darle tranquilidad, libertad financiera, mayor poder adquisitivo y un futuro seguro. Esta guía es parte de una serie de **HABILIDADES PARA ADMINISTRAR SU DINERO DE POR VIDA.**

CREE SU PRESUPUESTO

Esta planilla lo ayudará a obtener una visión más clara de sus finanzas mensuales. También le servirá como punto de partida para su presupuesto. Para completarla, siga los sencillos pasos que se describen a continuación.

1. PREGÚNTESE QUÉ NECESITA Y QUÉ DESEA. ¿Qué desea? ¿Qué es lo que realmente necesita? Evalúe su situación financiera actual. Observe todo el panorama. Confeccione dos listas: una para lo que necesita y otra para lo que desea. Al hacerlas, pregúntese:

- ¿Por qué lo deseo?
- ¿En qué cambiarían las cosas si lo tuviera?
- ¿Qué otras cosas cambiarían si lo tuviera? (para mejor o peor)
- ¿Qué cosas son verdaderamente importantes para mí?
- ¿Se ajusta esto a mis valores?

2. FIJE SUS PROPIAS PAUTAS Todos tenemos presupuestos diferentes en función de necesidades y deseos. Pero el cuadro de Cómo Crear un Presupuesto, que aparece en la página siguiente, muestra algunas pautas sobre cuánto dinero debe destinarse a los diferentes gastos. Tal vez necesite realizar algunos ajustes para incorporar la cantidad de cafés que toma por día o las visitas que hace a su familia, pero recuerde restar dinero de otras áreas si lo hace.

3. AÑADA SUS INGRESOS Para crear un presupuesto mensual, necesita saber cuánto dinero ingresa. Asegúrese de incluir todas sus fuentes de ingresos, como sueldos, intereses, pensiones y cualquier otra fuente de ingresos.

4. CALCULE LOS GASTOS La mejor forma de hacerlo es llevar un registro de lo que gasta por mes. Clasifique sus gastos en función de sus necesidades y deseos. Utilice la Planilla de Presupuesto de esta guía como punto de partida.

5. CALCULE LA DIFERENCIA Una vez que haya creado su presupuesto, lleve un registro de sus ingresos y gastos reales. Así tomará conciencia de la diferencia entre lo que presupuesta y lo que gasta realmente.

CÓMO CREAR UN PRESUPUESTO

Este cuadro muestra algunas pautas generales sobre el porcentaje de sus ingresos que debe destinarse a los diferentes gastos. Si vive en un área donde el costo del transporte, los alquileres o las hipotecas es mayor, tal vez deba realizar ajustes. Del mismo modo, si desea agregar una sección para regalos u otra cosa, tendrá que restarlo de otra área.

30%	VIVIENDA
18%	TRANSPORTE
16%	COMIDA
8%	VARIOS
5%	VESTIMENTA
5%	MEDICINA
5%	ENTRETENIMIENTO
5%	SERVICIOS PÚBLICOS
4%	AHORROS
4%	OTRAS DEUDAS

6. CONTROLE, RECORTE Y ENFOQUE Una vez que empieza a llevar el registro de sus gastos, se sorprenderá al descubrir que gasta cientos de dólares por mes en comer afuera o en otros gastos flexibles. Algunos de estos son fácilmente recortables. Como punto de partida, recortar gastos es, por lo general, mejor que eliminarlos. Sea realista. Lo ayudará a estar mejor preparado para afrontar gastos inesperados.

La Forma INTELIGENTE de Recortar Gastos

Para encontrar formas de recortar gastos flexibles, fijarse una meta de ahorro mensual suele ser muy útil. Esta meta debe fijarse de forma INTELIGENTE:

ESPECÍFICAS Las metas inteligentes son lo suficientemente específicas para sugerir una acción. Ejemplo: ahorrar lo suficiente para viajar a Roma en el aniversario de bodas. No es simplemente “ahorrar dinero”.

MENSURABLES Usted debe saber cuándo alcanzó su meta o si está más o menos lejos de alcanzarla. Ejemplo: Un viaje a Italia cuesta $2.000, y usted ha ahorrado $800.

ALCANZABLES Los pasos hacia el logro de su meta deben ser razonables y posibles. Ejemplo: Sé que puedo ahorrar la suficiente cantidad de dinero por semana para comprar ese viaje a Italia.

RELEVANTES Las metas deben tener sentido. Seguramente no querrá esforzarse para alcanzar una meta que no se ajuste a sus necesidades. Ejemplo: Nos gustaría hospedarnos en hoteles de cuatro estrellas para celebrar nuestro aniversario.

CON PLAZO DEFINIDO Fíjese una fecha límite. Ejemplo: Quiero ir a Italia el próximo verano.

PLANILLA DE PRESUPUESTO

Ingreso Neto Mensual	
Ingreso #1	$
Ingreso #2	$
Intereses	$
Otros	$
INGRESO TOTAL	$

Gastos Flexibles Mensuales	
Comida	$
Entretenimiento	$
Pago de Deudas	$
Otros	$
TOTAL DE GASTOS FLEXIBLES	$

Gastos Fijos Mensuales	
Vivienda	$
Compras del Supermercado	$
Servicios Públicos	$
Transporte	$
Salud	$
Otros	$
TOTAL DE GASTOS FIJOS	$

TOTAL DE GASTOS	$

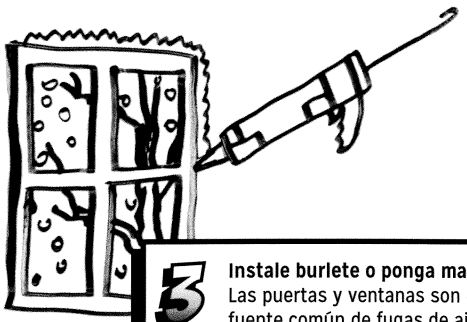
(sume los gastos flexibles y los gastos fijos)

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES	$
TOTAL DE GASTOS MENSUALES	$
TOTAL DE AHORROS E INVERSIONES	$

10 CONSEJOS *Para* AHORRAR ENERGÍA EN CASA

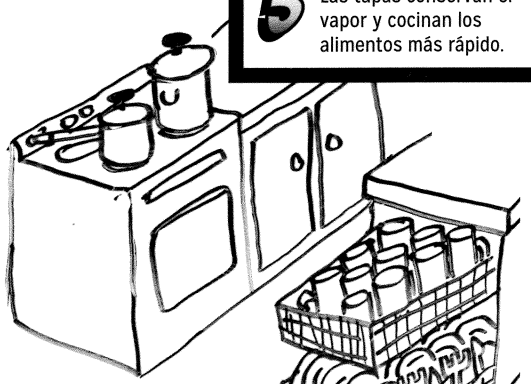
1 **Cambie a bombillas fluorescentes compactas o LED.** Consumen menos energía y duran más.

2 **Póngase un suéter.** Se calentará sin tener que subir la calefacción.



3 **Instale burlete o ponga masilla.** Las puertas y ventanas son una fuente común de fugas de aire.

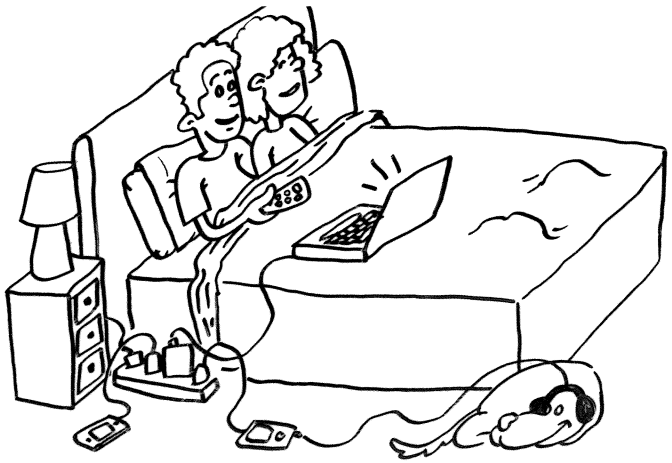
4 **Piense antes de abrir el refrigerador.** Conserve el aire frío para ahorrar energía.



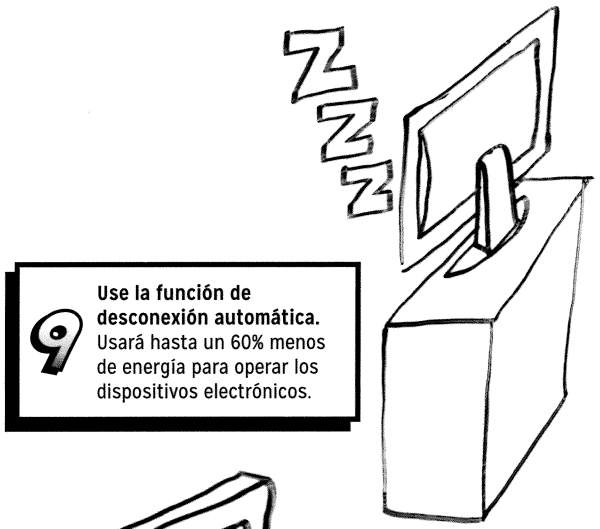
5 **Tape las ollas al cocinar.** Las tapas conservan el vapor y cocinan los alimentos más rápido.

6 **Cargue por completo el lavaplatos.** Usa la misma cantidad de agua caliente para lavar un solo plato que una carga completa.

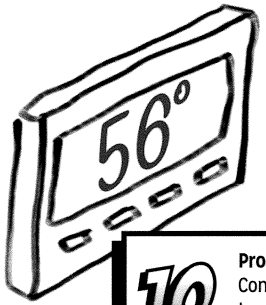
7 **Elija electrodomésticos Energy Star.** Son los más eficientes en el mercado.



8 **Use una regleta.** Conecte varios dispositivos y apáguela en la noche.



9 **Use la función de desconexión automática.** Usará hasta un 60% menos de energía para operar los dispositivos electrónicos.



10 **Programe el termostato.** Configúrelo para que baje la temperatura antes de irse a dormir y la suba de nuevo en la mañana.

CommUnify
A Community Action Agency.

Economic Empowerment Program

Participe en nuestro curso de 2 semanas **GRATIS** que ofrece herramientas acerca de administración de crédito, presupuesto, debito, ahorros y más. Abierto a todos los padres/guardianes de niños menores de 5 años que viven en el condado de Santa Barbara.

Clases se puden impartir indidualmente o en grupo

Regístrese en nuestro programa contactando a Grecia hoy!

Participantes recibirán un diario presupuesto financiero al finalizar el curso

Grecia Chavez
Economic Empowerment Coordinator
805.964-8857 ext.#1141
gchavez@CommUnifySB.org