

2020 PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGIA EN SU HOGAR

Complete la solicitud *solo con tinta azul o negra* y firme donde se indica

Favor de regresar la aplicación con los documentos siguientes:

1. Todas las paginas de la aplicación deben ser rellenas y completas.
2. Firmar el formulario "Client Education Confirmation of Receipt".
3. **Prueba de los ingresos mensuales** de todas las fuentes para todos los miembros de la casa corriente hasta **dentro de 6 semanas** desde la fecha en la solicitud. ¿No hay ingresos que reportar? Complete el formulario CSD 43B; Aviso de CalFresh de Servicios Sociales. Se aceptan los siguientes comprobantes de ingresos:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Talones de cheques de empleo (consecutivos y actuales)• Impresión de CalWin (ayuda en efectivo/CalWorks/alivio general para el mes en curso)• Beneficios del Seguro Social (carta de adjudicación, año en curso)• Ingreso Suplementario de Seguridad (año reciente)• Pensión (reciente, ingreso BRUTO mensual) *Sin extracto bancario | <ul style="list-style-type: none">• Talones de comprobación de discapacidad (consecutivos durante un mes)• EDD Talones de desempleo (consecutivos durante un mes)• Impresión de Child Support• Ayuda financiera (impresión de la universidad)• Trabajador por cuenta propia: Ganancias y pérdidas durante los últimos 30 días; Ledger de negocios/diario durante un mes |
|---|---|

4. Copia de factura mas **reciente de la luz de PG&E** (necesitamos todas las paginas). La página 3 debe mostrar su ID de acuerdo de servicio
5. Copia de la factura **del gas o del propano**— la pagina entera. La factura de gas necesita tener dirección de servicio. La factura de propano necesita tener su numero de cuenta y dirección de servicio.

Facturas que no son aceptables: facturas incompletas, facturas de cierre anticuadas o cuentas cerradas.

Si los servicios están incluidos en el alquiler o son submedidas, necesitamos un contrato de arrendamiento.

EL PAPELEO SERÁ DEVUELTO SI HAY DOCUMENTACION QUE FALTA O NO ESTA ACTUALIZADA. NO ENVÍE ORIGINALES. NOSOTROS NO SE LOS REGRESAREMOS.

APLICACIONES SERÁN NEGADAS SI HAY UN CRÉDITO EN LA UTILIDAD EN LA QUE ESTA SOLICITANDO ASISTENCIA.

FORMAS DE DEVOLVER SU APLICACION

En Persona: Visite nuestra oficina lunes-
viernes de 8am-3pm

Por Correo: 3970 Short St Suite 110,
San Luis Obispo, CA 93401

Por Email: HEAP@capslo.org

Por Fax: 805-594-1065

Preguntas? Llame al 805-541-4122 x14

**Aunque pedimos copias de ambas
utilidades, sólo le podemos ayudar con
una. Si se deja en blanco, elegiremos
para usted sin poder cambiar esto despues.**

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo

Formulario de ingreso para la prestación de energía

CSD 43 (10/2017)

<i>Solo para uso oficial:</i>	
Priority Points	
A.C.C.	
Eligibility Cert Date	

Agency:	Intake Initials:	Intake Date:	Eligibility Cert Date	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento DD/MM/AA	
DOMICILIO DE SERVICIO – Domicilio de residencia (<i>no caslla de correo</i>)				
Domicilio de servicio			Número de unidad	
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	
¿Ha vivido en este domicilio durante los últimos 12 meses corridos?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Su domicilio de servicio es el mismo que su domicilio de residencia?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Domicilio postal			Número de unidad	
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	
Número de seguridad social (SSN):				Número telefónico: ()
Correo electrónico:				

<p>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR</p> <p>Ingrese la cantidad total de personas que viven en el hogar </p> <p>Incluido usted</p> <p><i>Datos demográficos: Ingrese la cantidad de personas en el hogar que son:</i></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>Edades 0 - 2 años</td><td></td></tr> <tr><td>Edades 3 - 5 años</td><td></td></tr> <tr><td>Edades 6 - 18 años</td><td></td></tr> <tr><td>Edades 19 - 59 años</td><td></td></tr> <tr><td>Edades mayor de 60 años</td><td></td></tr> <tr><td>Discapacitado</td><td></td></tr> <tr><td>Nativo Americano</td><td></td></tr> <tr><td>Trabajador agrícola estacional o migrante</td><td></td></tr> </table>	Edades 0 - 2 años		Edades 3 - 5 años		Edades 6 - 18 años		Edades 19 - 59 años		Edades mayor de 60 años		Discapacitado		Nativo Americano		Trabajador agrícola estacional o migrante		<p>INGRESOS</p> <p>Ingrese la cantidad total de personas que reciben </p> <p>Ingresos</p> <p><i>Indique e el ingreso mensual bruto total de todas las personas que viven en el hogar:</i></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>TANF / CalWorks</td><td>\$</td></tr> <tr><td>SSI / SSP</td><td>\$</td></tr> <tr><td>SSA / SSDI</td><td>\$</td></tr> <tr><td>Cheque(s) de pago</td><td>\$</td></tr> <tr><td>Intereses</td><td>\$</td></tr> <tr><td>Pensión</td><td>\$</td></tr> <tr><td>Otro</td><td>\$</td></tr> <tr><td>Ingreso mensual total</td><td>\$</td></tr> </table>	TANF / CalWorks	\$	SSI / SSP	\$	SSA / SSDI	\$	Cheque(s) de pago	\$	Intereses	\$	Pensión	\$	Otro	\$	Ingreso mensual total	\$
Edades 0 - 2 años																																	
Edades 3 - 5 años																																	
Edades 6 - 18 años																																	
Edades 19 - 59 años																																	
Edades mayor de 60 años																																	
Discapacitado																																	
Nativo Americano																																	
Trabajador agrícola estacional o migrante																																	
TANF / CalWorks	\$																																
SSI / SSP	\$																																
SSA / SSDI	\$																																
Cheque(s) de pago	\$																																
Intereses	\$																																
Pensión	\$																																
Otro	\$																																
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 DD/MM/AA	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)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

FACTURA DE PAGO	
¿A qué factura de energía (ELIJA SÓLO UNA) desea que aplique el beneficio LIHEAP? (Adjunte una copia de la factura o recibo más reciente)	
<input type="checkbox"/> Gas Natural <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite combustible <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> Otro Combustible	
Ingrese la empresa de energía y el número de cuenta:	
Nombre de la empresa: : _____ No. de cuenta: _____	
¿Su servicio public esta interrumpido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Recibió una notificación por atraso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Sus servicios públicos están incluidos en la renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Sus servicios públicos son todos eléctricos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su empresa de gas natural es la misma que su empresa eléctrica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)	
¿Actualmente no tiene combustible? (madera, propano, kerosene, otros combustibles) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: _____ <input type="checkbox"/> 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 facture eléctrica aun cuando no use electricidad para calentar su hogar.	
¿Cual es el principal combustible que más utiliza para CALENTAR su hogar? DEBE marcar una Fuente principal	
<input type="checkbox"/> Gas Natural <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite combustible <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> Otro combustible	
Además de su fuente de calefacción principal, ¿usa alguno de los siguientes para calefaccionar su hogar? (puede elegir más de uno):	
<input type="checkbox"/> Gas Natural <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Aceite combustible <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Otro combustible <input type="checkbox"/> N/A	
¿Usted es el titular de: La factura de Electricidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La factura de Gas Natural <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
La información de la presente solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar a continuación, presto mi consentimiento (permiso) al CSD, sus contratistas, consultores y otras oficinas federales o estatales (socios del CSD) y a mi empresa de servicios públicos y a sus contratistas para entregar información acerca de mi cuenta de servicios públicos doméstica, consumo de energía u otra información necesaria para prestarme los servicios y beneficios descritos al final del presente formulario. Mi consentimiento tendrá vigencia por un plazo de 24 meses anteriores a la fecha de firma que se consigna a continuación y hasta 36 meses después. Entiendo que si mi solicitud para los beneficios o servicios LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta fuera de término o una prestación no satisfactoria, podré presentar una apelación escrita ante el proveedor del servicio local, y esta apelación será evaluada no más de 15 días después de su recepción. De no estar conforme con la decisión del proveedor del servicio, podré apelar ante el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo conforme al Artículo 100805, Título 22 del Código de Normas de California. De resultar aplicable, autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costos a mi cargo. Declaro, bajo pena por falso testimonio, que la información incluida en la presente solicitud es verdadera, correcta, y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para 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 → <input type="checkbox"/> HEAP <input type="checkbox"/> Fast Track <input type="checkbox"/> HEAP WPO <input type="checkbox"/> ECIP WPO	
Base Benefit \$ _____ Supplement \$ _____ Total Benefit \$ _____	
Total Energy Cost \$ _____ Energy Burden \$ _____	
Energy Services Restored after disconnection: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Disconnection of Energy Services prevented: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Home Referred for WX: <input type="checkbox"/> Home Already Weatherized: <input type="checkbox"/>	

Department of Community Services and Development
Formulario de autorización y consentimiento del titular de la cuenta
CSD Form 081 (Rev. 12/17)

NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL DEL TITULAR DE LA CUENTA

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

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



CAPSLO Formulario para Admision de Cliente

* = Section must be completed

Apellido*: _____ **Segundo Nombre/Inicial*:** _____ **Nombre*:** _____

Seg. Soc. (mínimo 4 últimas): ____ - ____ - ____ **Fecha de Nacimiento*:** ____ - ____ - ____ (Mes-Día-Año)

Nombre Contacto de Emergencia: _____ **Parentesco:** _____

Teléfono Contacto de Emergencia : _____

Estado Militar*: Veterano Militar activo Ninguno

Idioma Primario: Inglés Español Otro _____

Estado de ciudadanía*: Ciudadano EUA No ciudadano satisface requisitos No ciudadano no satisface requisitos N/A

Condición de discapacidad*: (indicar uno) Sí No

Etnicidad*: (indicar una) Hispana, Latina u Origen Español **NO** Hispana, Latina u Origen Español

Raza*: (indicar todos que apliquen)

- Amerindio o Nativo de Alaska Asiático Blanco
 Negro o afrodescendiente Hawaiano nativo y otro isleño pacífico

Sexo asignado al nacer: Femenino Masculino Intersexo

Identidad de Género* (¿Cómo se describe?):

- Mujer Hombre No Binario Indeciso Prefiere no contestar
 Mujer Trans Hombre Trans Otra identidad, favor de especificar: _____

Orientación/Identidad Sexual (¿Se considera...?):

- Heterosexual Gay Lesbiana Bisexual
 Asexual Pansexual Queer Indeciso Prefiere no contestar
 Otra orientación, favor de especificar: _____

Tamaño de familia*: (indicar uno) Uno Dos Tres Cuatro Cinco Seis o más

Tipo de Familia*: (indicar uno)

- Una sola persona Dos adultos **SIN** hijos Madre soltera Padre soltero
 Hogar con dos padres Adultos no relacionados con niños Hogar multigeneracional Otro

Si entre las edades de 14-24, actualmente trabaja o en una escuela?* Sí No

Si 18+, describir el estado de trabajo*: (indicar todos los que apliquen)

- Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Jubilado
 Desempleado (corto plazo, 6 meses o menos) Desempleado (largo plazo, 6+ meses) Desempleado (fuera de la mano de obra)
 Trabajador agrícola migratorio estacional

Educación*: (indicar el grado más alto completado)

- Ninguno Preescolar a grado 4 Grado 5 o 6 Grado 7 u 8
 Grado 9 Grado 10 Grado 11 Grado 12, sin diploma
 Diploma de escuela superior/GED Algo de universidad Título Associates Título Bachelors
 Título Masters Doctorado Otro título graduado/profesional Certificado de Capacitación Avanzada o Artesano Adiestrado

Estado de vivienda para familia*: (indicar uno)

- Alquilada (Vivienda estable) Comprada (Vivienda estable) Literalmente sin hogar Pérdida inminente de vivienda (dentro de 14 días)
- Vivienda inestable y con riesgo de perder su casa Otra vivienda permanente Otro

Si "Otro", "Otra vivienda permanente", "Pérdida inminente de vivienda", o "Vivienda inestable", describir:

Fuente(s) de Seguro médico*:

- Ninguno Medi-Cal/Cen-Cal (Medicaid) Medicare
- Healthy Families (Programa estatal de seguro médico para niños) Cuidado de salud militar
- Seguro médico estatal para adultos Compra directa Basado en empleo

Fuente(s) de ingresos familiares*: (indicar uno)

- Sin ingresos Ingresos de empleo solamente
- Ingresos de empleo y otra fuente de ingresos Otra fuente de ingresos solamente
- Ingresos de empleo y beneficios no monetarios Otra fuente de ingresos y beneficios no monetarios
- Ingresos de empleo, otra fuente de ingresos, y beneficios no monetarios
- Beneficios no monetarios solamente

Monto(s) de ingresos familiares (mensuales)*:

- Ingresos ganados/empleo \$ _____ TANF \$ _____
- Ingresos suplementarios de seguridad (SSI) \$ _____ Pensión \$ _____
- Ingresos de Seg.Social por discapacidad (SSDI) \$ _____ Manutención de hijos \$ _____
- Seguro privado de discapacidad \$ _____ Ayuda General \$ _____
- Seguro de desempleo \$ _____ Comp de Trabajador \$ _____
- Pensión alimenticia u otro apoyo de cónyuge \$ _____ EITC \$ _____
- Ingresos por jubilación de Seguridad Social \$ _____ Otro \$ _____
- Compensación de discapacidad VA relacionada a servicio \$ _____
- Compensación de discapacidad VA no relacionada a servicio \$ _____

Beneficios no monetarios de familia*:

- SNAP/Cupón de alimentos LIHEAP Vivienda pública
- Vale de vivienda/Sección 8 Vale para cuidado de niños HUD-VASH
- Vivienda permanente de apoyo WIC Otro
- Subsidio Ley de Cuidado Asequible

Para familias monoparentales, ¿se entregó al padre que tiene custodia una copia del formulario apropiado para buscar la manutención de hijos?* Sí No N/A

Si tiene familiares adicionales en su casa, adjuntar la hoja "Información Familiar Adicional."

Yo, _____, entiendo que la información pertinente de identificación sobre mí mismo/mi familia quedará confidencial y que tal información solamente se usará para mi beneficio o para el beneficio de mis familiares. La información de cliente necesaria para prestar servicios y otros fines de juntar datos, inclusive pautas de servicio y resultados logrados para clientes, será compartida solamente con otros empleados autorizados de la agencia. Absuelvo a la Community Action Partnership of San Luis Obispo County, Inc. y sus empleados de cualquier responsabilidad legal por revelar o adquirir información que he permitido por firmar este formulario. Las declaraciones que he hecho en este formulario de consentimiento son veraces, correctas, y completas a mi leal entender.

Firma de cliente: _____ Fecha: _____

For Office use only: Entered into ClientTrack Date: _____ Person entering: _____



Información Familiar Adicional

Prover información abajo para todos sus familiares

Para todos elementos marcados con un ◆

Usar los códigos abajo de este cuadro para completar el formulario

Nombre (Apellido, nombre de pila)	Sexo asignado al nacer ◆	Identidad de Género ◆	Orientación de Identidad ◆	Fecha de Nacimiento (mes-día-año)	# Seg. Soc. (mínimo 4 últimas)	*Parentesco	Etnicidad ◆	Raza (enumerar todos que apliquen) ◆	Si 14-24, actualmente trabaja o asiste a escuela (SoN)	Si 18+ estado laboral ◆	Si 18+ estado militar ◆	Nivel educativo más alto completados ◆	Seguro de salud (enumerar todos que apliquen) ◆	Discapacitado/a (SoN)

Notas: *Indicar si es cliente: Si el familiar que figura en la fila también se aprovecha de estos servicios programáticos, colocar una marca de verificación en la caja.

**Nombre: incluir el segundo nombre o inicial si disponible.

***Parentesco: ¿Qué parentesco tiene esta persona con el cliente en el Formulario de Ingreso de Cliente principal? (ejemplo: cónyuge, hijo, hija, etc.)

***CÓDIGOS INFORMÁTICOS**

- SEXO ASIGNADO AL NACER:** M-Masculino F-Femenino I-Intersexo
- IDENTIDAD DE GÉNERO:** M-Hombre W-Mujer TM-Trans Hombre TW-Trans Mujer NS-Indeciso NB-No Binario O-Otra identidad, escribir la respuesta
- IDENTIDAD/ORIENTACIÓN SEXUAL:** H-Heterosexual G-Gay L-Lesbiana B-Bisexual P-Pansexual A-Asexual Q-Queer O-Otra orientación, escribir la respuesta
- ETNICIDAD:** H-Hispana, Latina u Origen Español NH-NO Hispana, Latina u Origen Español NH-Hawaiano nativo y otro isleño pacífico W-Blanco
- RAZA:** AI-Amerindio o Nativo de Alaska A-Asiático B-Negro o afrodescendiente
- ESTADO MILITAR:** A-Militar activo V-Veteran N-Ninguno
- ESTADO LABORAL:**
- FT-Employado a tiempo completo PT-Employado a tiempo parcial MS-Trabajador agrícola migratorio estacional R-Jubilado
 - US-Desempleado (corto plazo, 6 meses o menos) UL-Desempleado (largo plazo, 6+ meses) UN-Desempleado (fuera de la mano de obra)
- NIVEL EDUCATIVO:**
- A-Sin escolaridad B-Preescolar hasta grado 4 C-Grado 5 o 6 D-Grado 7 u 8 E-Grado 9 F-Grado 10
 - G-Grado 11 H-Grado 12, sin diploma I-Diploma de escuela superior J-GED K-Algo de universidad L-Título Associates
 - M-Título Bachelors N-Título Masters O-Doctorado P-Otro título graduado/profesional Q-Certificado de Capacitación Avanzada o Artesano Adiestrado
- SEGURO:**
- N-Ninguno MC-Medi-Cal/Cen-Cal (Medicaid) M-Medicare P-Compra directa E-Basado en empleo V-Cuidado de salud military
 - S-Seguro médico estatal para adultos H-Healthy Families (Programa estatal de seguro médico para niños)

CLIENT EDUCATION CONFIRMATION OF RECEIPT

Name of Occupant	Age of Dwelling
------------------	-----------------

Address of Dwelling

Confirmation of Receipt

I have received the following information:

- Lead-Safe Education**—A copy of the pamphlet, *Renovate Right: Important Lead Hazard Information for Families, Child Care Providers, and Schools*, informing me of the potential risk of the lead hazard exposure from weatherization/renovation activity to be performed in my dwelling unit.
- Energy Education**—Information regarding changes I can make in order to reduce the energy consumption of my household.
- Mold and Moisture Education**—A copy of the pamphlet, *A Brief Guide to Mold and Moisture In Your Home*, informing me of how to clean up residential mold problems and how to prevent mold growth.
- Budget Counseling**—Information regarding personal financial management.
- Radon Education**—A copy of the pamphlet, *A Citizen's Guide to Radon*, informing me of the potential risk of radon and how to lower the radon level in my dwelling unit.

Signature of Recipient	Date
------------------------	------

Self-Certification Option

I certify that I attempted to deliver the following educational information to the dwelling listed above:

- Lead-Safe**
 Energy
 Mold/Moisture
 Budget Counseling
 Radon

If the information was delivered but a signature was not obtainable, you may check the appropriate box below.

Refusal to Sign—I certify that I have made a good faith effort to deliver the information to the dwelling unit listed above at the date and time indicated and that the occupant refused to sign the confirmation of receipt. I further certify that I have left a copy of the information at the unit with the occupant.

Unavailable for Signature—I certify that I have made a good faith effort to deliver the information to the dwelling unit listed above and that the occupant was unavailable to sign the confirmation of receipt. I further certify that I have left a copy of the information at the unit by sliding it under the door.

Attempted delivery dates and times

Date	Time	Date	Time	Date	Time
------	------	------	------	------	------

Signature (Agency Representative)	Print name
-----------------------------------	------------

Mailing Option:

I certify that I have mailed the following educational information to the dwelling listed above (attach copy of Certificate of Mailing for lead-safe education only):

- Lead-Safe**
 Energy
 Mold/Moisture
 Budget Counseling
 Radon

Signature (Agency Representative)	Print name	Date mailed
-----------------------------------	------------	-------------

Electricidad

- Hornos de microondas pueden reducir sus necesidades globales de energía cocción por unos 15 a 20%. Para los artículos especialmente adecuados para el microondas cocina, ahorro puede ser mayor. Hornos de microondas pueden mantener su cocina más fresco en el verano, también.
- Iluminación fluorescente es más económico vatios por vatio que las bombillas incandescentes. Fluorescentes dan dos veces la luz de la misma potencia incandescente y último hasta 10 veces tan larga como las bombillas normales. También son más frescas.
- La potencia de una bombilla no medir la cantidad de luz da sino simplemente la cantidad de energía que utiliza. La luz se mide en lúmenes, que están marcadas en el paquete de cada bulbo. Leer paquetes bombilla cuidadosamente para conseguir más luz para la misma potencia.
- Apagar la iluminación innecesaria. Utilice cortinas térmicas para ahorrar en aire acondicionado en verano y calefacción en invierno. Utilice la menor potencia luz necesaria. Permitir que la luz solar iluminar su hogar natural durante el día si no está caliente.
- Desconecte los aparatos cuando no esté en uso. Incluso apagado, que pueden estar usando una pequeña cantidad de electricidad.
- Si decide usar calentadores eléctricos, use los calentadores cerámicos que requieren menos energía.

Gas/Propano

- Termóstato del calentador de agua inferior a 110°.
- Envuelva el calentador de agua con manta de aislamiento y girar "piloto" de horno.
- Asegúrese de que las ventanas y puertas son asientos cuando use el calentador y siempre recuerden que el calor se eleva. Cierra puertas para habitaciones que no es necesario calentadas. Utilizar mantas o capas de ropa.
- Fijar el termostato del calentador a 68° durante el día. Fijar el termostato del calentador a 55° durante la noche.
- No use el horno para calentar la casa. Es inútil y peligroso. No precaliente el horno a menos que esto rara vez es necesario, en realidad necesarios para cocinar.
- Lave la mayoría de su ropa en agua fresca o fría. Así hace que el color dure más. El agua caliente es realmente sólo necesitaba cuando lave ropa y muy sucia.

Agua *(Costos de agua están aumentando rápidamente en todo el condado. Es probable que sea un pico grande en su casa)*

- Invertir en agua ahorro grifos, cabezales de ducha y arandelas si puedes. Griferías fugas no son simplemente molesto, pero un desperdicio. Siempre apague grifos y advertir a reemplazar las arandelas rápidamente. Noventa gotas de agua por minuto añadir hasta 212 galones de agua por el desagüe en un mes.
- Barrido de calzadas y aceras, no usar una manguera. Considere la posibilidad de sustitución de césped con plantas nativas que requieren menos agua.
- No deje agua cuando lava o afeitarse.
- No haga funcionar la lavadora de platos o ropa a menos que haya una carga completa. Esto ahorra agua y electricidad.

La razón principal para hacer un presupuesto y apegarse a ella es ahorrar para objetivos futuros mientras que presente satisfacer las necesidades. La gente comienza a presupuesto para una variedad de razones. Algunos se ven obligados a por circunstancias de la vida, como el desempleo, para controlar sus finanzas para sobrevivir. Otros presupuestan para guardar cosas como colegio, vacaciones y retiro. Sin importar la razón, presupuestación cuidado puede mejorar considerablemente la calidad de vida en un hogar.

Funciones de un presupuesto

1. **Planificación:** Asegura que sus ingresos totales cumple con los gastos totales y te ayuda a administrar lo que tienes y te ayuda a descubrir lo que pueda.
2. **Comunicación:** Un presupuesto es una comunicación concreta de sus objetivos y planes para sí mismo y otros.
3. **Control:** Un presupuesto le permite controlar sus finanzas porque te permite ver cómo se realizó la realidad frente a lo que planeaste. Puede o bien cambiar el plan de dinero o el comportamiento del gasto.

Bruto contra ingresos netos

Su ingreso bruto es el ingreso total, antes de impuestos de la casa. Ingreso neto es el ingreso después de impuestos y deducciones. Se refiere a menudo como "salario". Mayoría de los programas que está basados en ingresos considera únicamente los ingresos brutos, pero por los presupuestos, es aconsejable considerar únicamente los ingresos netos.

Flujo de efectivo – ¿qué es entrando y saliendo?

El primer paso es mirar cómo gastan su dinero ahora. Esto no es un presupuesto ya que no contiene objetivos o un plan. Es sólo un "Análisis de flujo de efectivo". Empezar por configurar una hoja de contabilidad o legal pad y recopilar información sobre ingresos y gastos. Dividir sus gastos en categorías tales como: vivienda, utilidades, transporte, trabajo, comida, medicina, recreación y ropa.

"Guías de presupuesto domésticos" con categorías preimpresas están disponibles en tiendas de suministros de oficina y drogas. De lo contrario, también hay un número de presupuestación de programas gratuitos en línea que hacen esto más fácil.

Consejos para los cálculos de gastos

- Ser honesto contigo mismo sobre lo que realmente gasta.
- Idealmente, alquiler o hipoteca no debe ser más de 1/3 de sus ingresos.
- Costo de utilidades incluyen todos los servicios públicos; ambos necesarios como el agua y voluntarias utilidades tales como líneas de cable a internet y teléfono.
- Presupuesto siempre liberalmente en gastos de comida, medicina y coche como los que tienden a cambiar de mes a mes.
- Plan para un fondo de emergencia.

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

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

Información del solicitante					
Nombre:					
Dirección:					
Sección 1: ¿Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar?					
SÍ	NO	¿Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?			
SÍ	NO	¿Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?			
SÍ	NO	¿Durante el mes anterior, ha recibido dinero por cualquier trabajo que se realiza sólo de vez en cuando, como trabajaren el jardín, cuidado de niños, la donación de sangre, etc?			
SÍ	NO	¿Durante el mes anterior, ha recibido algún regalo de dinero? Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre y número de teléfono de la persona que le entregó el regalo:			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		COMPENSACION DEL TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCION DE LOS HIJOS
SÍ	NO	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	
Sección 2: ¿Está gastando sus ahorros o dinero prestado para cubrir sus gastos mensuales?			Put Notary stamp below, if needed (DOE only) or have Executive Director Sign here		
SÍ	NO	¿Está utilizando ahorros o un préstamo con garantía hipotecaria? ¿Cuánto? _____			
SÍ	NO	¿Está utilizando algún otro active (dinero)? ¿Cuánto? _____			
SÍ	NO	¿Está pidiendo prestado de las tarjetas de crédito? ¿Cuánto? _____			
SÍ	NO	¿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	¿COMÓ 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