Por Favor envie por correo a:

P.O. BOX 2085 Merced, CA 95344 (209) 723-3201

Por Favor NO USAR CORRECTOR en su aplicacion.

Lea la siguiente información en su totalidad para asegurarse de proporcionar una solicitud precisa y completa. Proporcione información y documentos para todas las personas que residen en el hogar para solicitar la asistencia.

La siguiente información repasara en detalle la información requerida en cada documento en el paquete de solicitud.

Formulario de solicitud CSD 43- Por favor complete el formulario completo. El "Solicitante Principal" aparecerá en este formulario y será el Miembro del Hogar 1 en todo el paquete de solicitud.
Se debe completar la información de todos los miembros que residen en el hogar.
Nombre, apellido, relación con el solicitante, fecha de nacimiento, genero, raza, hispano/latino, cantidad de ingreso mensual en bruto, fuente de ingresos. Si alguien en el hogar no obtiene ingresos, tenga en cuenta que la cantidad es cero y la fuente de ingresos es ninguna.

Formulario de Conservacion de Energia: Por favor seleccione "si" o "no" para referencia de climatización.

Formulario CSD 081: Por favor haga que el titular de la cuenta de PG&E, MID, TID o propano firme este formulario. Asegurase de completar la dirección postal del titular de la cuenta y la dirección de servicio, así como la información de la cuenta.

Formulario de Asesoramiento Sobre Gestion Financiera: Por favor complete únicamente todas las secciones resaltadas. Proporcione todas las obligaciones financieras mensuales. Si no tiene gasto para una categoría, NO lo deje en blanco; anote el sumen como $0.
-Problemas de la Sección 4: Explique sus dificultades o el motivo por el que necesita asistencia con los servicios públicos.

Formulario de Seguimiento de Clientes: Por favor complete todas las secciones para cada miembro del hogar. Numero de Seguro Social, apellido, nombre, fecha de nacimiento y edad, discapacitado (si o no), educación (nivel más alto) por miembro del hogar, seguro médico (Medicara, vasado en el empleador, etc.) y veterano (si o no).
Favor de firmar y fechar la solicitud y NO se demore en enviarnos la solicitud, ya que eso puede hacer que sus documentos de ingresos sean insuficientes para cuando se reciba su solicitud.

No se aceptará una solicitud en blanco; asegúrese de completar toda la información requerida.
Revise todas las páginas por los dos lados y asegúrese de firmar y anote la fecha donde sea necesario.
Todas las solicitudes/verificaciones se procesarán en el orden en que se reciban

DEBE ENVIAR POR CORREO COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS JUNTO CON TODO EL PAQUETE DE LA SOLICITUD

Las capturas de pantalla no son aceptables

- **IDENTIFICACIÓN ACTUAL EMITIDA POR EL GOBIERNO PARA TODOS LOS ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS**
  SI SE APLICA UNA IDENTIFICACIÓN ESTATAL PARA CUALQUIER ESTADO INDIVIDUAL "SE APLICAN LÍMITES FEDERALES", ENVÍE TAMBIÉN POR CORREO UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE LOS EE. UU., PASAPORTE DE LOS EE. UU. O DOCUMENTO PARA CONFIRMAR LA RESIDENCIA PERMANENTE O LA CIUDADANÍA DE CADA ADULTO. LOS DOCUMENTOS TIENEN QUE SER VÁLIDOS, NO PUEDEN ESTAR CADUCADOS.

- **TODAS LAS PÁGINAS DE LAS FACTURAS DE ENERGÍA ACTUALES:**
  POR FAVOR, AGREGE TODAS LAS PÁGINAS DE SU FACTURAS DE ENERGÍA. SI TIENE MID, TID y PG&E, O PROPANO (gas) ENVIE AMBAS FACTURAS.

- **TARJETAS DE SEGURO SOCIAL:** Para **TODAS LAS PERSONAS** QUE VIVEN EN EL HOGAR, INCLUYENDO A LOS NIÑOS. (LAS TARJETAS DE MEDI-CAL, LOS REGISTROS DE VACUNACIÓN O EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO SOLO SE ACEPTARÁN PARA NIÑOS MENORES DE EDAD, PERO SE PREFIERE TARJETA DE SEGURO SOCIAL)

- **COMPROBANTE DE INGRESOS ACTUAL DE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR**
  - Salarios devengados del empleo Por favor, proporcione una copia actualizada de los talones de pago que cubran las últimas 4 semanas de ingresos brutos antes de las deducciones Si hay varios talones, deben ser consecutivos.
  - Ingresos del Seguro Social: envíe una copia de la carta de adjudicación actual del Seguro Social, o la copia más reciente del estado de cuenta bancario (todas las páginas) que muestre el depósito directo que refleje el nombre de la persona que recibe los beneficios de la SSA, o una copia del cheque de ingresos del Seguro Social más reciente.
  - Ingresos de pensión/jubilación: proporcione una copia del talón de cheque o una carta de adjudicación actual.
  - Beneficios de desempleo Ingresos: proporcione talones de cheques actualizados (deben ser consecutivos), o una copia impresa actual que refleje el nombre de la persona que recibe los beneficios, o una carta de adjudicación actual.
  - Ingresos de Compensación para Trabajadores, proporcione una copia de los talones de cheques actuales, la carta de adjudicación actual.
  - Ingresos de trabajo por cuenta propia y / o alquiler, proporcione la declaración de impuestos de todo el año en curso debe incluir el Anexo 1, el Anexo C y / o el Anexo E.
  - Asistencia pública Beneficios de TANF/CALFRESH por favor proporcione la Verificación de Beneficios actual para todos los que reciben asistencia, si el hogar multigeneracional reside en el mismo hogar, por favor asegúrese de que se presente una Verificación de Beneficios para cada caso individual.
  - Ingresos de manutención de los hijos, proporcione una copia del estado de cuenta mensual más reciente o una copia impresa.
    -Si la manutención de los hijos es un acuerdo mutuo entre los padres, proporcione una carta escrita por el padre que paga la manutención de los hijos que indique cuánto se pagó en las últimas 4 semanas. La carta debe indicar el nombre de la persona que paga la manutención junto con su información de contacto completa, firma y fecha en que se escribió la carta. Tenga en cuenta que la carta debe hacer referencia a los nombres de los niños para los que se proporciona la manutención.

  COMPROBANTE DE INGRESOS DEBE CONFIRMAR TODOS LOS INGRESOS PARA LAS ULTIMAS 4 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA QUE REFLEJE LA SOLICITUD.

SOLO PARA EL HOGAR DE CALFRESH/CALWORKS:

POR FAVOR, PROPORCIONE LA VERIFICACIÓN DE CalFresh/CalWORKS PARA EL MES ACTUAL

- **Se debe detallar una declaración / declaración escrita que acredite los ingresos de todos los miembros del hogar que hayan obtenido ingresos en las últimas 4 semanas por miembro del hogar.**
- **Si algún miembro del hogar no tiene ingresos, sírvase indicarlo.**

Ejemplo de Declaración/Declaración escrita-

Yo (Nombre), recibí $(bruto) en las últimas cuatro semanas de: (Fuente)

Si presenta la Verificación de Beneficios junto con la declaración de ingresos, NO presente prueba de ingresos

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo
Formulario de admisión de energía
CSD 43 (05/2025)

Solo para uso oficial:	
Puntos prioritarios	
A.C.C.	
Fecha del certificado de elegibilidad	

Agencia: Iniciales de admisión: Fecha de admisión:

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

DIRECCIÓN DE SERVICIO: dirección en la que vive (*no puede* ser un apartado postal)

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

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

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

Número de Seguridad Social (SSN): | | | | | | | | | | | | Teléfono residencial ( )

Teléfono móvil ( ) ¿Acepta recibir mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico:

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR
Indique el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted mismo. →

INGRESOS
Indique el número total de personas que reciben ingresos →

Demografía: Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen:		*Indique el total de ingresos **brutos** mensuales de **todas** las personas que viven en el hogar:*	
De 0 a 2 años		TANF / CalWORKs	$
De 3 a 5 años		SSI / SSP	$
De 6 a 18 años		SSA / SSDI	$
De 19 a 59 años		Cheques de pago	$
Mayores de 60 años		Interés	$
Discapacitados		Pensión	$
Indígena americano		Otros	$
Trabajador agrícola temporero o migrante		**Total de ingresos mensuales**	**$**

MIEMBROS DEL HOGAR

INDIQUE A CONTINUACIÓN LOS DATOS DE **TODOS** LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

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

SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante *Usted mismo*
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

¿Ha prestado servicio o es un familiar directo de alguien que sirvió en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí, he prestado servicio ☐ Sí, soy el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que sirvió en el ejército de los Estados Unidos ☐ No ☐ Se niega a declarar	Doy mi consentimiento para que esta agencia y CSD transmitan mi nombre, correo electrónico, dirección postal y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos únicamente con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos a los que yo o un miembro de mi familia podamos ser elegibles. Entiendo que este consentimiento es válido durante 12 meses. ☐ Sí ☐ No

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

MIEMBRO DEL HOGAR 2

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

MIEMBRO DEL HOGAR 3

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

MIEMBRO DEL HOGAR 4

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

MIEMBRO DEL HOGAR 5

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante

Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar	¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

MIEMBRO DEL HOGAR 6

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante

Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar	¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

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

FACTURA DE PAGO

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

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

Introduzca la compañía energética y el número de cuenta:

Nombre de la compañía: _____ Número de cuenta: _____

¿Le han cortado el servicio público? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene algún aviso de morosidad? ☐ Sí ☐ No

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

¿Todos sus servicios son eléctricos? ☐ Sí ☐ No

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

SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)

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

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

Número de días: _____ ☐ No aplica

INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA

Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS.** Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su vivienda.
Deberá presentar una copia de **todas** las facturas o recibos recientes de cualquier gasto energético doméstico.
NOTA: Debe incluir la copia de una factura de luz aunque no utilice electricidad para calentar su vivienda.

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de asistencia de energía en el hogar (HEAP). AUTORIDAD: La Sección 16367.6 (a) del Código Gubernamental nombra al CSD organismo responsable de la gestión del HEAP. OBJETIVO: La información que indique se utilizará para decidir si usted cumple los requisitos para recibir un pago de LIHEAP o servicios de climatización. ENTREGA DE INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar ayuda, debe facilitar toda la información requerida. OTRA INFORMACIÓN: El CSD utiliza las definiciones estadísticas de la actualización anual de las Guías de Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la admisión al programa. Durante la tramitación de la solicitud, es posible que el subcontratista designado por el CSD tenga que pedirle más información para decidir si cumple los requisitos para uno o ambos programas. ACCESO: El subcontratista designado por el CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, si se utiliza, para determinar su admisión. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. El CSD no discrimina en la prestación de servicios por motivos de raza, credo religioso, color, origen nacional, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

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

Programa de ayuda a los servicios públicos → ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ HEAP WPO ☐ ECIP WPO

Beneficio básico $_____ Complemento $_____ Beneficio total $_____

Costo total de energía $_____ Carga energética _____

Servicios energéticos restablecidos tras la desconexión: ☐ Sí ☐ No

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

Hogar remitido para climatización: ☐ Hogar ya climatizado: ☐

AGENCIA DE ACCIÓN COMUNITARIA DEL CONDADO DE MERCED
1235 W. Main St, Merced, CA 95340
Apartado postal 2085, Merced, CA 95344
Teléfono: (209) 723-3201
FAX: (209) 726-8525

ACUERDO DE CLIENTE DE CLIMATIZACIÓN

Nuestra misión es ayudarlo ahorrar energía y dinero, serguro, cómodo y energéticamente eficiente!

Descripción general del proceso de climatización:
Paso 1: Un emp;eado de la agencia se pondrán en contacto para programar su primera inspección de la vivienda, que puede durar entre unas pocas horas a unos días, según el tamaño de la casa. La evaluación inicial del hogar determinará los elementos que califique un hogar.
Paso 2: Las recomendaciones de artículos se envían al capataz, que apunta un equipo para que realice las reparaciones. Algunas reparaciones pueden requerir visitas sobre varios dias.
Paso 3: Cuando se hayan completado las reparaciones, se programará una visita de inspección final.
Para que nuestras visitas a su hogar sean seguras tanto para su familia como para el personal de Nuestra agencia, debe leer y firmar este documento antes de comenzar cualquier trabajo en la propiedad.

El personal de climatización realizará trabajos en el exterior y el interior de su residencia. Para minimizar el riesgo de pérdida para usted y para MCCAA, observe lo siguiente durante todas las visitas a su hogar por parte del personal de climatización de MCCAA.

1. **MCCAA no es responsable de ningún artículo perdido, robado, faltante o extraviado durante cualquiera de nuestras visitas a su hogar. Es su responsabilidad asegurar cualquier artículo o pertenencia personal de valor**. Si tiene alguna pregunta sobre a qué partes de su hogar necesitará acceso el personal, pregunte.

2. **Mantenga a todas las mascotas alejadas de las áreas donde trabajará el personal de climatización. Deberá asegurar a sus mascotas durante toda la visita**. El personal deberá poder entrar y salir de las puertas y portones y no es responsable de cuidar a sus mascotas. Tenga en cuenta que es posible que las puertas, portones y ventanas deban permanecer abiertos mientras la cuadrilla realiza cierto trabajo.

3. **Asegúrese de que los niños que están presentes durante nuestras visitas estén siempre bajo su supervisión y se mantengan alejados de las áreas donde trabajan los miembros del personal**. No permita que los niños se queden sin supervisión en áreas donde trabaja el personal de climatización, dentro o alrededor de los vehículos de MCCAA, o cerca de herramientas, equipos, escaleras y cables de extensión.

4. **Un residente adulto debe permanecer presente en el hogar mientras el personal de MCCAA está trabajando**. Los miembros del personal no pueden permanecer en su propiedad sin la presencia de un residente adulto.

☐ Propietario, proporcionar prueba de propiedad (declaración de hipoteca, escritura, o declaración de impuestos sobre la propiedad más reciente)

☐ Inquilino, por favor proporcione la información de contacto del propietario
Nombre del propietario: _____ Número de contacto: _____

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Climatización de MCCAA al (209) 723-1225

Firma del solicitante: _____ **Fecha de firma:** _____

Merced County Community Action Agency
Energy/Weatherization Department
1235 W. Main St. – P.O. Box 2085 – Merced, CA

LIHEAP APPLICANT FINANCIAL MANAGEMENT COUNSELING

Participante:_____
(Apellido) (Nombre) (I) (Domicilio) (Ciudad y código postal) (# de Teléfono)

Nombre del programa en el que se solicita asistencia:_____

1. Ingresos mensuales del hogar:
   a. Fuete de Ingresos:_____
   b. Ingreso en bruto: _____
   c. Ingreso en neto:_____
      (después de deducciones)

2. Obligaciones mensuales del hogar -
   (facturas mensuales)
   a. Renta/Hipoteca:_____
   b. Comida/gastos del hogar:_____
   c. Pago de tarjetas:_____
   d. Pago de TV/Cable:_____
   e. Pago de Teléfono:_____
   f. Pago de agua/basura:_____
   g. Pagos de utilidad:_____
      (PG & E, MID, TID, Propano, etc.)
   h. Pago de Transportación: _____
   i. Pago de carro:_____
   j. Otros pagos mensuales (sea específico)

   _____

   _____

   _____

   TOTAL DE GASTOS: $_____

Los participantes de los programas de asistencia directa de CAA deben presentar pruebas documentadas de ingresos mensuales.

3. Posible dinero disponible después de pagar las obligaciones mensuales:
   $_____

4. Problemas – (Porque el solicitante necesita asistencia financiera de CAA?)

   _____

   _____

   _____

5. Recomendación: MCCAA ayudara a pagar parte o el total de la obligación de la compañía de servicios.

   Nombre de compañía de utilidad:

   _____

   a. CAA pagara: _____

   b. El aplicante debe pagar la diferencia o hacer arreglos con la compañía de utilidad sobre el saldo restante.

   _____

El representante de Merced County Community Action Agency me proporcionó con asesoramiento de gestión financiera. Durante el asesoramiento, me informó que para poder recibir asistencia con mi factura de _____, yo debo pagar $_____ o hacer arreglos con mi compañía de utilidad por esta cantidad. Yo entiendo que debo pagar mi parte antes de que MCCAA pague en mi nombre.

_____ _____
Firma del participante Fecha Firma del trabajador de admisión Fecha

Este proyecto, programa o servicio está financiado en total o en parte por el "American Recovery and Reinvestment Act of 2009" en cooperación del Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario de California.

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DEL CLIENTE

SS# _____Apellido _____Nombre _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___Edad _____Domicilio _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____- _____- _____

Información del hogar/ Solicitante

Genero	**Discapacitado**	**Estampillas de Comida**	**Veterano**	**Seguro Medico**
❑ Masculino	❑ Si	❑ Si	❑ Si	❑ Si
❑ Femenino	❑ No	❑ No	❑ No	❑ No
Etnicidad	**Educación**	**Agricultores**	**Tipo de Familia**	**Alojamiento**
❑ Negro	❑ 0-8	❑ Agricultor	❑ Padre Soltero	❑ Renta
❑ Blanco	❑ 9-12	❑ Migrante	❑ Madre Soltera	❑ Dueño
❑ Hispano	❑ HS Grad/GED	❑ Temporal	❑ Dos Padres	❑ Sin Hogar
❑ Nativo Americano	❑ 12+		❑ Individuo	❑ Otro
❑ Asiático	❑ Grado Universitario		❑ Pareja	
❑ Otro	❑ Desconocido		❑ Otro	
	Fuente de Ingreso	❑ Empleo	❑ TANF (AFDC)	❑ Pensión
Numero en la casa: _____	**Total de Ingreso:** _____	❑ Desempleo	❑ Asistencia General	❑ Discapacidad
		❑ Seguro Social	❑ SSI/SSD	❑ Otro_ _____

Información de los miembros del hogar (use la página de atrás para miembros adicionales)

SS#				
Apellido				
Nombre				
Fecha de Nacimiento				
Edad				
Genero				
Discapacitado				
Etnicidad				
Educación				
Seguro Medico				
Veterano				

I certify that this statement is true and correct to the best of my knowledge, and authorize the release of any and all information necessary for verification purposes.

Yo certifico que esta declaración es cierta y correcta, y autorizo el uso de esta información para propósito de verificación.

_____ _____

Firma del Cliente Fecha

Información de miembros adicionales				
SS#				
Apellido				
Nombre				
Fecha de Nacimiento				
Edad				
Genero				
Incapacitado				
Etnicidad				
Educación				
Seguro Medico				
Veterano				

Ha recibido servicios de alguno de los programas nombrados abajo en los últimos 30 días? ❑ Si ❑ No

❑ Servicios comunitarios ❑ Climatización	❑ Head Start ❑ Desarrollo Infantil ❑ Preescolar Estatal	❑ Meals-on-Wheels ❑ Proyecto CHERISH	❑ Alojamiento ❑ WIC

❑ HEAP ❑ Fast-Track ❑ Dispensa de comida	❑ Asist. de inquilinos ❑ Alojamiento ❑ Ropa ❑ Nutrición 3ra edad	❑ Servicios de WIC ❑ Padre involucrado ❑ Asesoramiento	❑ Referencias ❑ Servicios sociales ❑ Servicios de salud ❑ Salud Mental	❑ Discapacidades ❑ Transportación ❑ Cuidado de niño ❑ Primeros auxilios ❑ REACH

Notas/Comentarios:

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