

# EL CONDADO DE EL DORADO PROGRAMA HEAP AYUDA PARA LA ENERGIA DEL HOGAR

Oficina de Placerville HEAP  
937 Spring Street, Placerville, CA  
(530) 621-6150

Oficina de South Lake Tahoe HEAP  
1360 Johnson Blvd. #103, South Lake Tahoe, CA  
(530) 573-3490

**Electricidad • Gas Natural • Leña • Propano • Pellas • Aceite**

## Lista de requisitos para solicitar el programa de HEAP:

- 1: SOLICITUD.** Todas las páginas deben de estar llenadas y firmadas donde se indica.
- 2: RECIBOS DE SERVICIOS:** Proporcione copias de los recibos más recientes de todos los servicios públicos que usted recibe.
  - Electricidad: PG&E (**TODAS LAS PAGINAS**), Liberty Energy, o factura de renta con los cargos de electricidad.
  - Gas Natural: PG&E o Southwest Gas
  - Propano, Leña, Pellas, Aceite: La factura más reciente de entrega, recibos, recibo de renta o declaración por escrito.
- 3: COMPROBANTE DE INGRESOS:** Proporcione copias de ingresos de todos los adultos viviendo en su casa, de los últimos 30 días, un mes completo. ¿No tiene ingresos? Todos los adultos mayores de 18 años que no trabajan deben de llenar el formulario Certificación de Ingresos y Gastos, incluido.
- 4. COMPROBANTE DE CIUDADANIA O RESIDENCIA LEGAL:** Proporcione una copia que muestre ciudadanía o residencia legal del solicitante, por ejemplo:
  - Acta de Nacimiento                      - Pasaporte                                      - ID Real del estado
  - DD-214 (servicio militar)              - "Green Card"                                  - Acta de Naturalización
  - Hable con nuestro personal, si no tiene ninguno de los anteriores
- 5. SI ES APLICABLE:** Proporcione copias que muestren la edad de los miembros de la familia menores de 5 años.
- 6: CITAS:** Llámenos para hacer una cita. Las solicitudes de HEAP SOLO SE RECIBEN CON CITA. También recibimos solicitudes en otras ubicaciones (vea abajo). Los documentos deben de ser vigentes mostrando información de 30 días antes de la cita.

OTRAS UBICACIONES (Cerramos en días festivos y por inclemencias del tiempo)					
<b>Cameron Park</b>	<b>El Dorado Hills</b>	<b>Georgetown</b>	<b>Pollock Pines</b>	<b>Somerset</b>	<b>Alpine County</b>
Knolls at Green Valley		Georgetown Library	Community Church	Pioneer Park Community Center	
3301 Cimarron Rd	Por anunciarse	6680 Orleans St	6361 Pony Express Trl	6740 Fairplay Rd	Por anunciarse
Ultimo Martes del Mes		Segundo Viernes del Mes	Segundo Jueves del Mes	Primer Miércoles del Mes	
12:30-3:00pm		12:00pm-4:00pm	9:30am-1:00pm	9:30am-11:30am	

## Recibos de Electricidad

- ✓ Recibos de PG&E y Liberty Energy, incluir todas las páginas y el recibo más reciente
- ✓ Si está solicitando ayuda y el recibo está a **nombre de otra persona**, esa persona debe de firmar la solicitud donde se indica “Autorización y Consentimiento del Titular de la Cuenta” que se encuentra en esta solicitud.
- ✓ Para las Facturas de Gas Propano: debe mostrar la compra más reciente. No se aceptan facturas que muestran cargos de retraso, cargos financiados o servicios adicionales.
- ✓ No se aceptan los siguientes:
  - Recibos sueltos e incompletos
  - Cuentas cerradas
  - Recibos con saldo en ceros
  - Recibos con menos de 22 días de servicio

## Comprobante de Ingresos

Fuentes comunes de ingresos y comprobantes aceptables:

- ✓ Empleo: talones de cheque, vigentes y consecutivos
- ✓ Asistencia en Efectivo (*Cash Aid*): Verificación de Beneficios
- ✓ Seguro Social (SSA/SSI/SSDI): Carta anual de beneficios, verificación impresa o balance de cuenta de banco reciente que muestra el depósito directo.
- ✓ VA beneficios (discapacidad o beneficios de sobrevivientes): carta anual de beneficios, verificación impresa, o balance de cuenta de banco reciente que muestre el depósito directo.
- ✓ Pensión: cuenta anual mostrando el saldo en bruto del mes vigente (No se reciben cuentas de banco)
- ✓ EDD Desempleo o Incapacidad: cheques consecutivos de un mes o información impresa de todo el mes
- ✓ Manutención del Menor: Información Impresa reciente
- ✓ Empleo por cuenta propia: Hoja de Cálculo de Empleo Propio (el personal de HEAP la tiene disponible), hojas de contabilidad firmadas, o formulario de impuestos recientes 1040 con 1040 1 y C de Enero hasta Abril 15 solamente.

## Importante:

- ✓ Debe proporcionar copias de todos los documentos, **No le vamos a regresar los documentos ni le vamos a sacar copias.**
- ✓ No se aceptan solicitudes incompletas
- ✓ No se aceptan solicitudes con corrector

**¿Preguntas?** Por favor hable a nuestra oficina para hacer cita.

**Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo**

Formulario de admisión de energía

CSD 43 (10/2022)

<i>Solo para uso oficial</i>	
Puntos prioritarios	
A.C.C.	
Fecha del certificado de elegibilidad	

Agencia: \_\_\_\_\_ Iniciales de admisión: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

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

**DIRECCIÓN DE SERVICIO:** Dirección en la que vive (*no puede ser un apartado de correos*)

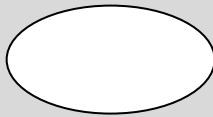
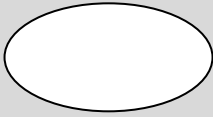
Dirección de servicio			Número de unidad
Ciudad	Condado	Estado	Código postal

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

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

Número de Seguridad Social (SSN):										Número de teléfono ( )
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------

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

<p><b>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR</b></p> <p>Introduzca el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted mismo.</p>		<p><b>INGRESOS</b></p> <p>Indique el número total de personas que perciben ingresos</p>	
<p><i>Demografía. Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen:</i></p>		<p><i>Introduzca el total de ingresos <b>brutos</b> mensuales de <b>todas</b> las personas que viven en el hogar:</i></p>	
De 0 a 2 años		TANF / CalWorks	\$
De 3 a 5 años		SSI / SSP	\$
De 6 a 18 años		SSA / SSDI	\$
De 19 a 59 años		Cheques de pago	\$
Mayores de 60 años		Interés	\$
Discapacitados		Pensión	\$
Indígena americano		Otros	\$
Trabajador agrícola temporero o migrante		<b>Total de ingresos mensuales</b>	<b>\$</b>

**MIEMBROS DEL HOGAR**  
 INTRODUZCA A CONTINUACIÓN LOS DATOS DE **TODOS** LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.  
 Si en su hogar viven más de 6 personas, indique la información en una hoja de papel aparte.

**SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante <i>Usted mismo</i>
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

**MIEMBRO DEL HOGAR 2**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

**MIEMBRO DEL HOGAR 3**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

**MIEMBRO DEL HOGAR 4**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

**MIEMBRO DEL HOGAR 5**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar			
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

**MIEMBRO DEL HOGAR 6**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar			
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

Está usted o alguien de su hogar recibiendo ACTUALMENTE CalFresh (cupones de alimentos)?  Sí  No

**FACTURA DE PAGO**

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

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

**Introduzca la compañía energética y el número de cuenta:**

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Le han cortado el servicio público?  Sí  No

¿Tiene algún aviso de morosidad?  Sí  No

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

¿Todos sus servicios son eléctricos?  Sí  No

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

**SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)**

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

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

Número de días: \_\_\_\_\_  No aplica

**INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA**

Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS**. Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su vivienda.

**Deberá** proporcionar una copia de **todas** las facturas o recibos recientes de cualquier gasto energético doméstico.

NOTA: Debe incluir la copia de una factura de luz aunque no utilice electricidad para calentar su vivienda.

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

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

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

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

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

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

<b>X</b>		
	<b>*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***</b>	Fecha

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

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

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

**Beneficio básico \$** \_\_\_\_\_ **Complemento \$** \_\_\_\_\_ **Beneficio total \$** \_\_\_\_\_

**Costo total de energía \$** \_\_\_\_\_ **Carga energética** \_\_\_\_\_

Servicios energéticos restablecidos tras la desconexión:  Sí  No

Se impide la desconexión de los servicios energéticos:  Sí  No

Hogar remitido para climatización:  Hogar ya climatizado:

# FORMA DE VENDEDORES DE MADERA, PELLETS, O ACEITE

MADERA/Pellet/ACEITE Aplicantes: Llene la siguiente informacion

**Información de el Vendedor:**

Nombre de el negocio: \_\_\_\_\_

Direccion de el Negocio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**Estimado:**

	Cantidad	Medida	Tipo	Costo	Entrega/impuesto	Costo Total
Madera						
Pellets						
Aceite						

\* Nota: Los Vales emitidos para WPO no pueden transferirse a una nueva dirección de servicio, a una compañía diferente, o acreditarse a un nuevo hogar. Cualquier saldo de crédito restante será devuelto a HEAP de el Condado de El Dorado.

**STOP:** This section for agency use only.

To calculate energy burden:

If applicant has no recent wood/pellet/oil costs, how long will this delivery last the applicant?

Enter estimated number of months: \_\_\_\_\_

## 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)
		<input type="checkbox"/> COMPENSACION DEL DESEMPLEO <input type="checkbox"/> PROGRAMA DEL GOBIERNO <input type="checkbox"/> MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
Sí	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)
		<input type="checkbox"/> PAGOS DE PENSIÓN <input type="checkbox"/> PAGOS TRIBALES DE LOS INGRESOS POR BENEFICIOS DE

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

Sí	NO	Está utilizando ahorros o un préstamo con garantía hipotecaria? Cuánto? _____
Sí	NO	Está utilizando algún otro activo (dinero)? Cuánto? _____
Sí	NO	Está pidiendo prestado de las tarjetas de crédito? Cuánto? _____
Sí	NO	Está pidiendo prestado de alguna otra fuente? Cuánto? _____

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

**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



**STATEMENT OF CITIZENSHIP or NON-CITIZEN STATUS FOR PUBLIC BENEFITS**

Name of the Applicant Requesting Energy Services	Date
Name of Person Acting for Applicant, if any	Relationship to Applicant

**Public Benefits To Citizens And Non-Citizens**

**Citizens and Nationals of the United States** who meet all eligibility requirements may receive services under the Low-Income Home Energy Assistance Program and/or the Department of Energy Low-Income Weatherization Assistance Program and must fill out **Sections A and D**.

**Non-Citizens** who meet all eligibility requirements may receive services under the Low-Income Home Energy Assistance Program and/or the Department of Energy Low-Income Weatherization Assistance Program and must complete **Sections A, B or C, and D**.

**Section A: Citizenship/Non-Citizen Status Declaration**

1. Is the applicant a citizen or national of the United States?  Yes  No  
 If the answer to the above question is yes, where was he/she born? City/State
2. To establish citizenship or naturalization, please submit one of the documents on **List A** (attached hereto) which is legible and unaltered to establish proof.

If you are a **Citizen or National of the United States**, please go directly to **Section D**.

If you are a **Non-Citizen**, please complete **Section B, or, if applicable, Section C**.

**Section B: Non-Citizen Status Declaration**

**Important:** Please indicate the applicant's non-citizen status below, and submit documents evidencing such status. The no citizen status documents listed for each category are the most commonly used documents that the United States Immigration and Naturalization Service (INS) provides to non-citizens in those categories. You can provide other acceptable evidence of your non-citizen status even if not listed below.

1. An alien lawfully admitted for permanent residence under the Immigration and Naturalization Act (INA). Evidence includes:
- INS Form I-551 (Alien Registration Receipt Card, commonly known as a “green card”); or
  - Unexpired Temporary I-551 stamp in foreign passport or on INS Form I-94.
2. An alien who is granted asylum under section 208 of the INA. Evidence includes:
- INS Form I-94 annotated with stamp showing grant of asylum under section 208 of the INA;
  - INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated “274a.12(a)(5)”;
  - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated “A5”;
  - Grant letter from the Asylum Office of INS; or
  - Order of an immigration judge granting asylum.
3. A refugee admitted to the United States under section 207 of the INA. Evidence includes:
- INS Form I-94 annotated with stamp showing admission under section 207 of the INA;
  - INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated “274a.12(a)(3)”;
  - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated “A3”;
  - INS Form I-571 (Refugee Travel Document)
4. An alien paroled into the United States for at least one year under section 212(d)(5) of the INA. Evidence includes:
- INS Form I-94 with stamp showing admission for at least one year under section 212(d)(5) of the INA.
- (Applicant cannot aggregate periods of admission for less than one year to meet the one-year requirement.)

- 5. An alien whose deportation is being withheld under section 243(h) of the INA (as in effect prior to April 1, 1997) or section 241(b)(3) of such Act (as amended by section 305(a) of division C of Public Law 104-208). Evidence includes:
  - INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated “274a.12(a)(10)”;
  - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated “A10”;
  - Order from an immigration judge showing deportation withheld under section 243(h) of the INA as in effect prior to April 1, 1997, or removal withheld under section 241(b)(3) of the INA.
- 6. An alien who is granted conditional entry under section 203(a)(7) of the INA as in effect prior to April 1, 1980. Evidence includes:
  - INS Form I-94 with stamp showing admission under section 203(a)(7) of the INA;
  - INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated “274a.12(a)(3)”;
  - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated “A3.”
- 7. An alien who is a Cuban or Haitian entrant (as defined in section 501(e) of the Refugee Education Assistance Act of 1980). Evidence includes:
  - INS Form I-551 (Alien Registration Receipt Card, commonly known as a “green card”) with the code CU6, CU7, or CH6;
  - Unexpired temporary I-551 stamp in foreign passport or on INS Form I-94 with the code CU6 or CU7; or
  - INS Form I-94 with stamp showing parole as “Cuban/Haitian Entrant” under section 212(d)(5) of the INA; or paroled after 10/10/80 in the special status for nationals of Cuba or Haiti.
- 8. An alien paroled into the United States for less than one year under section 212(d)(5) of the INA. (Evidence includes INS Form I-94 showing this status.)
- 9. An alien not in categories 1 through 8 who has been admitted to the United States for a limited period of time (a nonimmigrant). Non-immigrants are persons who have temporary status for a specific purpose. (Evidence includes INS Form I-94 showing this status.)
- 10. I self-certify that I am a U.S. citizen or non-citizen national or qualified alien but am unable to provide documentation. (Only allowable under the Energy Crisis Intervention Program (ECIP) component of the LIHEAP Program.)

**Section C: Declaration for Certain Battered Aliens**

**Important:** Complete this section if the applicant, the applicant's child, or the applicant child's parent has been battered or subjected to extreme cruelty in the United States by a spouse or parent.

- 1. Has the INS or the EOIR granted a petition or application filed by or on behalf of the applicant, the applicant's child, or the applicant child's parent under the INA or found that a pending petition sets forth a prima facie case for granting permission to stay in the United States? Evidence includes one of the documents on List B (attached hereto).
- 2. Has the applicant, the applicant's child, or the applicant child's parent been battered or subjected to extreme cruelty in the United States by a spouse or parent, or by a spouse's or parent's family member living in the same house (where the spouse or parent consented to or acquiesced in the battery or cruelty)?

**Section D: Certification**

**I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF CALIFORNIA THAT THE ANSWERS I HAVE GIVEN ARE TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.**

Applicant's Signature	Date
Signature of Person Acting for Applicant	Date

**CLIENT EDUCATION CONFIRMATION OF RECEIPT**

Name of Occupant		Age of Dwelling	
Address of Dwelling			
<b>Confirmation of Receipt</b>			
I have received the following information:			
<input type="checkbox"/> <b>Lead-Safe Education</b> – A copy of the pamphlet, <i>Renovate Right: Important Lead Hazard Information for Families, Child Care Providers, and Schools</i> , informing me of the potential risk of the lead hazard exposure from weatherization/renovation activity to be performed in my dwelling unit.			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Energy Education</b> – Information regarding changes I can make in order to reduce the energy consumption of my household.			
<input type="checkbox"/> <b>Mold and Moisture Education</b> - A copy of the pamphlet, <i>A Brief Guide to Mold and Moisture In Your Home</i> , informing me of how to clean up residential mold problems and how to prevent mold growth.			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Budget Counseling</b> - Information regarding personal financial management.			
<input type="checkbox"/> <b>Radon Education</b> - A copy of the pamphlet, <i>A Citizen's Guide to Radon</i> , informing me of the potential risk of radon and how to lower the radon level in my dwelling unit.			
Signature of Recipient		Date	
<b>Self-Certification Option</b>			
I certify that I attempted to deliver the following educational information to the dwelling listed above:			
<input type="checkbox"/> Lead-Safe <input type="checkbox"/> Energy <input type="checkbox"/> Mold/Moisture <input type="checkbox"/> Budget Counseling <input type="checkbox"/> Radon			
<i>If the information was delivered but a signature was not obtainable, you may check the appropriate box below.</i>			
<input type="checkbox"/> <b>Refusal to Sign</b> — 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.			
<input type="checkbox"/> <b>Unavailable for Signature</b> — 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
Signature (Agency Representative)		Print name	
<b>Mailing Option:</b>			
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):			
<input type="checkbox"/> Lead-Safe <input type="checkbox"/> Energy <input type="checkbox"/> Mold/Moisture <input type="checkbox"/> Budget Counseling <input type="checkbox"/> Radon			
Signature (Agency Representative)		Print name	Date mailed

**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 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 periodo 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