Department of Community Services and Development
Energy Intake Form
CSD 43 (Rev. 1/2/09)

0	9	4	3	2			0	0	0	0				
Priority					A.C.C.									
ApplicationID									JobID					

Utility Assistance: ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ Supplement _____

Weatherization: ☐ DOE ☐ LIHEAP WX ☐ ECIP HCS

Agency: COMMUNITY ACTION	Intake Initials:	Intake Date:	Fecha de Nacimiento (m m d d y y)
Nombre / Inicial / Apellido			
Domicilio Postal			Número de Unidad
Ciudad (de su domicilio postal)	Condado	Estado	Código Postal
Domicilio en que se recibe el servicio de energía (No use Apartado Postal - P.O. Box.)			Número de Unidad
Ciudad (en que se recibe el servicio)	Condado: SANTA CLARA	Estado: CA	Código Postal

Número de Seguro Social	Número de Teléfono ☐ Mensaje	Incluyendo al solicitante, escriba el número de personas que viven en su hogar.
	( )	_____

Usted también puede ser elegible para recibir descuentos mensuales en costos de energías con otras compañías que ofrecen programas de tarifas reducidas.

¿Cuál compañía de servicios de energía le gustaría que se pagara?	Energy Cost
Número de Cuenta	Energy Burden %
Nombre del Cliente (como aparece en la factura)	

☐ Marque aquí si el pago de energía está incluido en la renta o si el servicio de energía es sub-medido.

Escriba el total del ingreso mensual, en bruto, de todas las personas que viven en su hogar:

TANF	$
SSI/SSP	$
SSA	$
Sueldo(s)	$
Interés	$
Pensión	$
Otros Ingresos	$
TOTAL	$

For Official Use Only
Weatherization Assessment

☐ **Type of Dwelling**
1 SFD-Owner, 1 unit
2 SFD-Rental, 1 unit
3 MFD-Owner, 2-4 units
4 MFD-Rental, 2-4 units
5 MFD-Owner, 5 or more units
6 MFD-Rental, 5 or more units
7 Mobile Home-Owner
8 Mobile Home-Rental
9 Shelter - # of Units _____
Total # of Residents _____
10 Unoccupied MFD 2-4 units
11 Unoccupied MFD 5+ units

☐ **Type of Cooling**
1 Window/Wall
2 Central
3 Evap. Cooler
4 Fan(s)
5 Portable Device
6 None
7 Other: _____

☐ **Heating Fuel**
1 Electric
2 Natural Gas
3 Wood
4 Propane
5 Fuel Oil
6 Kerosene
7 Other: _____
8 None

☐ **Type of Water Heater**
1 Gas
2 Electric
3 Other: _____

☐ **Type of Range**
1 Gas
2 Electric
3 Other: _____

Heating Type
☐ No Primary Heating
☐ Window/Wall
☐ Portable Device
☐ FAU
☐ Other: _____

Información Demografica
Escriba el número de personas en su hogar que son:
1 De 2 años o menores _____
2 De 3 años a 5 años _____
3 De 6 años a 18 años _____
4 De 60 años o mayores _____
5 Incapacitados _____
6 Campesinos Migratorios _____
7 Americanos Nativos _____
8 Personas con Inglés Limitado _____
9 Campesinos Temporales _____

Other
☐ HUD Unit
☐ Built Pr-1979
☐ Lead-Free Cert
☐ Non-Applicable

☐ Agency Defined 1
☐ Agency Defined 2
☐ Agency Defined 3
☐ Agency Defined 4

SANTA CLARA COUNTY

☐ House Weatherized ☐ Referred for Weatherization ☐ Referred for RRP ☐ Referred for ECIP HCS

La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda. Con mi firma doy authorizacion para que esta información sea compartida con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal, subscontratistas designados por ellos, con la(s) compañía(s), que me ofrece(n) servicio(s) de energía y para que la(s) compañía(s) que me ofrece(n) servicio(s) de energía comparta(n) información con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal. Entiendo que si mi aplicación para beneficios o servicios de LIHEAP se niega, o si recibo una respuesta retrasada, puedo iniciar una apelación escrita con el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará no mas que 15 días después de que la apelación se solicita. Si yo no estoy satisfecho con la decision del proveedor de servicios entonces puedo apelar al Department of Community Services and Development conforme al Titular 22, Codigo de California seccion 100805. En caso de ser elegible, doy permiso para la instalación de material aislante en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es correcta y verdadera, y que los fondos recibidos serán usados unicamente con el objetivo de pagar mis gastos de consumo de energía.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____ Firma del Testigo (si firmó con una X) _____

Declaracion de Confidencialidad/Informacion Adicional

NOMBRE DE LA AGENCIA: Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO: Programa de Ayuda para la Energía del Hogar (HEAP). AUTORIDAD: El código gubernamental, Sección 16367.6 (a) designa a CSD como la agencia responsable de la administración de HEAP. OBJETIVO: La información que proporcione se usará para determinar si usted reune los requisitos para recibir el pago de LIHEAP, y/o el Programa de Tarifas Reducidas. PROPORCIONANDO INFORMACION: La participación en este programa es voluntaria. Si decide solicitar esta ayuda, debe proporcionar toda la información requerida. INFORMACION ADICIONAL: CSD utiliza definiciones estadísticas de la autualización anual de las Pautas de Ingresos Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la aceptación de una persona en los programas. Durante el trámite de su solicitud, es posible que el subcontratista designado por CSD necesite pedirle información adicional para determinar si se le puede aceptar en estos u otros programas. ACCESO: El subcontratista designado por CSD se quedará con su solicitud, y otra información, si se usó para determinar su eligibilidad. Usted tiene derecho de acceso a todos los expedientes que contengan informacion sobre usted. CSD no discrimina en los servicios que ofrece debido a raza, religion, credo, color, origen de nacionalidad, incapacidad fisica, incapacidad mental, condicion medica, estado marital, sexo, eda, u orientacion sexual.

ENVIE APLICATION COMPLETE A: COMMUNITY ACTION, 673 EAST BROKAW ROAD, SAN JOSE, CA 95112