



SACRED HEART COMMUNITY ENERGY SERVICE  
 Sirviendo el Condado de Santa Clara  
 1-877-278-6455

2011

HEAP 2011 LIHEAP/DOE INTAKE FORM (Rev.2/04/2011)

HE	FT	WP	DN	Eligibility Certification Date:
----	----	----	----	---------------------------------

Nombre		Inicial	Apellido	
Domicilio Postal				Número de Unidad
Ciudad (de su domicilio postal)	Condado	Estado		Código Postal
Domicilio en que recibe servicio de energía <input type="checkbox"/> Mismo de arriba (No use Apartado Postal-P.O. Box)				Número de Unidad
Ciudad (en que recibe el servicio)	Condado SANTA CLARA	Estado CA		Código Postal

Números de Teléfono: Trabajo/# Durante el Día ( ) # De Casa ( )	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	¿Cuándo es el mejor tiempo para llamarle? En la mañana ____ Tarde ____ Noche ____
---	------------------------------------	--

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____	El <u>número</u> de personas que viven en su hogar, incluyendo el solicitante: _____	<b>INFORMACION DE CUENTA DE ENERGIA</b> Por favor marque solamente una de las siguientes y refiérase a las instrucciones para documentación requerida. <input type="checkbox"/> Marque aquí si está solicitando asistencia de utilidades. Marque su proveedor de servicios: PG&E      Silicon Valley Power      City of Palo Alto Número de Cuenta: _____ Nombre del Cliente en la Cuenta: _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si está aplicando para asistencia con su cuenta de gas propano. Aproximadamente cuanto le dura cada entrega de gas propano? _____ meses. Nombre de Compañía de Utilidad: _____ Número de Cuenta: _____ Nombre del Cliente en la Cuenta: _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si está aplicando para asistencia con su cuenta de leña. Aproximadamente cuanto le dura cada entrega de leña? _____ meses. <input type="checkbox"/> Marque aquí si el servicio de energía es sub-medido. <input type="checkbox"/> Marque aquí si el pago de energía está incluido en la renta.						
<b>INGRESOS</b> ¿Cuántos miembros del hogar reciben ingresos? <input type="text"/> Escriba el total de <b>ingreso bruto mensual</b> para todos en su hogar ( <i>Debe enviar comprobante de todos los ingresos para todos los adultos en su hogar.</i> ) Sueldos \$ _____ Pensiones \$ _____ Cal Works \$ _____ SSI/SSP \$ _____ SSA \$ _____ GA/GR \$ _____ Intereses \$ _____ Mantenimiento de Niños \$ _____ Otro \$ _____ <b>TOTAL \$ _____</b>	<b>INFORMACION DEL HOGAR</b> Escriba el <b>número</b> de personas en su hogar que son: Menores de 2 años _____ De 3 años a 5 años _____ De 6 años a 18 años _____ De 19 años a 59 años _____ Mayor de 60 años _____ Incapacitadas _____ Americanos Nativos _____ Personas con Inglés Limitado _____ Campesinos Temporales _____		<table border="1"> <tr> <td>PARA USO DE AGENCIA SOLO:</td> <td>ENERGY COST</td> <td>ENERGY BURDEN</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>%</td> </tr> </table>	PARA USO DE AGENCIA SOLO:	ENERGY COST	ENERGY BURDEN		
PARA USO DE AGENCIA SOLO:	ENERGY COST	ENERGY BURDEN						
		%						

La información en esta solicitud será utilizada para determinar y verificar mi elegibilidad para asistencia. Mi firma da su consentimiento para que esta información sea compartida con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal, subcontratistas designados, mi compañía de servicios públicos (es), y para mi empresa de servicios públicos (es) para compartir información con otras oficinas del estado y federales los gobiernos. Entiendo que si mi solicitud de LIHEAP / DOE beneficios o servicios se niega, o si recibo una respuesta retrasada o desempeño insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito con el proveedor de servicio local y mi apelación se revisará a más tardar 15 días después de la recurso que se recibe. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor de servicios local, entonces podrá apelar ante el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de conformidad con el Título 22, Código de Regulaciones de California sección 100805. En su caso, por el presente permiso para la instalación de material aislante en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información en esta solicitud es verdadera, correcta, y que los fondos recibidos serán utilizados exclusivamente para el objetivo de pagar mis costos de la energía.

Firma de Solicitante	Fecha	Firma del Testigo (si firmo con una X)
DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD / OTRA INFORMACIÓN NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios a la Comunidad y el Desarrollo Sostenible (CDS). UNIDAD RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO: Inicio Programa de Asistencia de Energía. (HEAP) AUTORIDAD: Código de Gobierno Sección 16367.6 (a) los nombres de CSD como la agencia responsable de la administración de HEAP. PROPÓSITO: La información que usted proporcione será utilizada para decidir si usted es elegible para el pago de LIHEAP y / o servicios de climatización. DAR INFORMACIÓN: Este programa es voluntaria. Si decide solicitar esta ayuda, debe proporcionar toda la información requerida. INFORMACION ADICIONAL: CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual del Departamento de Salud y Servicios Humanos de mediana de Ingresos Federales de Pobreza, para determinar la elegibilidad del programa. Durante el proceso de solicitud, subcontratista designado por CSD es posible que tenga que pedirle más información para decidir su elegibilidad para estos u otros programas. ACCESO: El subcontratista designado por CSD se quedará con su solicitud y otra información, si se usó para determinar su elegibilidad. Usted tiene el derecho a acceder a todos los expedientes que contengan información sobre usted. CSD no discrimina en la prestación de servicios sobre la base de raza, credo religioso, color, origen nacional, ascendencia, incapacidad física, incapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual."		