



SACRED HEART COMMUNITY ENERGY SERVICE
 Phục vụ cho Quận Hạt Santa Clara
 1-877-278-6455

2011

HEAP 2011 LIHEAP/DOE INTAKE FORM (Rev.1/12/2011)

HE FT WP DN

Eligibility Certification Date:

Tên		Tên Lót		Họ	
Địa Chỉ Bưu Tín					Số phòng/số apt
Thành Phố	Quận Hạt	Tiểu Bang		Mã Bưu Chánh	
Địa chỉ nơi dùng dịch vụ điện/gas <input type="checkbox"/> Đánh vào nếu giống như địa chỉ ở trên (Xin đừng dung hộp thư P.O. Box)					Số phòng/số apt
Thành Phố	Quận Hạt	Tiểu Bang		Mã Bưu Chánh	
Số Điện Thoại: Chỗ Làm/Ban Ngày # () Nhà # ()			Ngày sinh (người đứng đơn) Tháng/Ngày/Năm		Lúc nào chúng tôi có thể liên lạc với ông/bà? Sáng _____ Trưa _____ Chiều _____

Số An Sinh Xã Hội _____ - _____ - _____		Tổng số người sống trong hộ (bao gồm người đứng đơn): _____		THÔNG TIN HÓA ĐƠN ĐIỆN <i>Xin đánh dấu vào một trong những chỗ sau và xem lại hướng dẫn để biết cần nộp trang nào của hóa đơn điện/gas</i> <input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây nếu cần trợ giúp tiền điện/gas. Công Ty cung cấp dịch vụ (khoanh tròn một trong ba): PG&E Silicon Valley Power City of Palo Alto Số trương mục điện /gas: _____ Tên trên hóa đơn: _____ <input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây nếu cần trợ giúp về khí đốt propane. Một lần mua propane sẽ dung trong khoảng bao nhiêu tháng _____ Tên của Công Ty Propane: _____ Số trương mục: _____ Tên trên hóa đơn: _____ <input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây nếu cần sự trợ giúp tiền chất đốt (củi). Một lần mua củi sẽ dùng trong khoảng bao nhiêu tháng _____ <input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây nếu điện/gas được đo chung (sub-metered) <input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây nếu tiền điện/gas chung hóa đơn tiền nhà.				
Thu Nhập Có bao nhiêu người trong nhà đang có thu nhập? <input type="checkbox"/> Điền vào thu nhập hàng tháng chưa khấu trừ của tất cả những người sống trong nhà (<i>Cần gửi bản sao của tất cả thu nhập của tất cả những người lớn trong nhà</i>) Lương Bổng \$ _____ Tiền Hưu Trữ \$ _____ Cal Works \$ _____ SSI/SSP \$ _____ SSA \$ _____ GA/GR \$ _____ Tiền Lãi/Cổ Tức \$ _____ Cấp Dưỡng Con Cái \$ _____ Thu Nhập Khác \$ _____ TỔNG CỘNG \$ _____		THÔNG TIN TRONG NHÀ Điền vào số người cho mỗi hàng sau đây: 2 tuổi hoặc nhỏ hơn _____ 3 tới 5 tuổi _____ 6 tới 18 tuổi _____ 19 tới 59 tuổi _____ 60 tuổi trở lên _____ Khuyết tật _____ Người thổ dân Mỹ _____ Không nói tiếng Anh lưu loát _____ Nông dân theo mùa hoặc lao động di dân _____						
				<table border="1"> <tr> <td>AGENCY USE ONLY:</td> <td>ENERGY COST</td> <td>ENERGY BURDEN %</td> </tr> </table>		AGENCY USE ONLY:	ENERGY COST	ENERGY BURDEN %
AGENCY USE ONLY:	ENERGY COST	ENERGY BURDEN %						

The information on this application will be used to determine and verify my eligibility for assistance. My signature gives consent for this information to be shared with other offices of the state, federal governments, their designated subcontractors, my utility company(ies), and for my utility company(ies) to share information with other offices of the state and federal governments. I understand that for LIHEAP, I may request a hearing to appeal denial of eligibility or delay in service delivery (over 90 days from receipt of application). If applicable, I hereby authorize installation of weatherization measures to my residence at no cost to me. I declare, under penalty of perjury, that the information on this application is true, correct, and that the funds received will be used solely for the purpose of paying my energy cost. I understand that my household can receive assistance only once per program year.

Chữ Ký Người Đứng Đơn

Ngày

Chữ ký người làm chứng (Nếu người đứng đơn ký chỉ ký chữ X)

PRIVACY STATEMENT/OTHER INFORMATION

AGENCY NAME: Community Services and Development (CSD). UNIT RESPONSIBLE FOR MAINTENANCE: Home Energy Assistance Program. (HEAP) AUTHORITY: Government Code Section 16367.6 (a) names CSD as the agency responsible for managing HEAP. PURPOSE: The information you provide will be used to decide if you are eligible for a LIHEAP payment and/or the Reduced Rate Program. GIVING INFORMATION: This program is voluntary. If you choose to apply for assistance, you must give all required information. OTHER INFORMATION: CSD uses statistical definitions from the annual update of the Department of Health and Human Services' State Median Income, Federal Income Poverty Guidelines, to determine program eligibility. During application processing, CSD's designated subcontractor may need to ask you for more information to decide your eligibility for either or both programs. ACCESS: CSD's designated subcontractor will keep your completed application and other information, if used, to determine your eligibility. You have the right to access all records holding information about you. CSD does not discriminate in the provision of services on the basis of race, religious creed, color, national origin, ancestry, physical disability, mental disability, medical condition, marital status, sex, age or sexual orientation."

