

## HEAP Programa

?Necesita ayuda para pagar sus utilidades?

HEAP puede ayudarle a pagar sus facturas de servicios públicos

### **Electricidad \* Gas Propano \* Madera**

Servicios de aclimatación para su hogar son disponibles, llame para más detalles

Se requieren los siguientes documentos para solicitar LIHEAP:

1. Una aplicación completa de HEAP
2. Prueba del total de ingresos por los últimos 30 días. (Los solicitantes que tengas 18 años o más y que no tengan ningún ingreso, debe llenar una forma de ingresos y gastos. Se debe llenar esta forma explicando cómo esta persona sin ingresos está haciendo sus pagos mensuales.)
3. Un recibo original de la cuenta eléctrica del mes por el cual está aplicando. El recibo debe indicar los días del servicio y la cantidad adeudada. (For PG&E, Se requieren las paginas #1 y #3 de su recibo). El recibo debe indicar por lo menos 22 días de facturación.
4. Los recibos de otro tipo de energía como propano, leña o oil.
5. Una copia del acta de nacimiento u otro documento que acredite su ciudadanía.

Para saber si califica, revise las guías de ingresos visitando la página de internet.

Si califica, la ayuda es disponible una vez por ano

El Dorado County Department of Human Services

937 Spring Steet

Placerville, CA 95667

(530) 621-6150 Fax (530) 295-2581

1360 Johnson Blv. #103

South Lake Tahoe, CA 96150

(530) 573-3490 Fax (530) 542-9312

Department of Community Services and Development  
 Energy Intake Form  
 CSD 43 (11/2015)

Official Use Only:	
Priority Points	
A.C.C.	
Eligibility Cert Date	
Job Control Code	

Agency:	Intake Initials:	Intake Date:	
Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento MM/DD/YY
Domicilio Postal			Número de Unidad
Ciudad (de su domicilio postal)	Condado	Estado	Código Postal
Domicilio De Servicio-Domicilio donde vive el aplicante (No use Apartado Postal - P.O. Box)			
Es igual que la domicilio postal?.....			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Han vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses .....			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio de servicio			Número de Unidad
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Número de Seguro Social (SSN):		Número de Teléfono: ( )	<input type="checkbox"/> Mensaje
Only?			
Correo electrónico (opcional):			

<b>PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR</b> Escriba el número de personas que viven en su hogar, incluyendo al solicitante →		<b>INGRESOS</b> Escriba el número de personas en el hogar que reciben ingresos →	
Introduzca el número de personas que son :		Escriba el total del ingreso mensual, en bruto, de todas las personas que viven en su hogar:	
De 2 años o menores		TANF	\$
De 3 años a 5 años		SSI / SSP	\$
De 6 años a 18 años		SSA / SSDI	\$
De 19 años a 59 años		Sueldo(s)	\$
De 60 años o mayores		Interés	\$
Incapacitados		Pensión	\$
Americanos Nativos		Otros Ingresos	\$
Campeños Temporales/Migratorios		<b>Ingresos Total</b>	\$

**MIEMBROS DEL HOGAR (Opcional)**  
 NOMBRE COMPLETO: Su nombre completo es Nombre, Apellido.  
 RELACIÓN CON EL SOLICITANTE: Por ejemplo: marido, hija, amiga, tía, abuelo, etc.  
 FECHA DE NACIMIENTO: ANOTE la fecha de nacimiento de cada miembro del hogar.  
 CANTIDAD DE INGRESO MENSUAL EN BRUTO: "bruto" ingreso significa la cantidad de dinero recibido antes de impuestos o cualquier otra deducción.  
 Si usted tiene más de 8 personas en su hogar, usted puede escribir la información en una hoja de papel separado.

Nombre	Apellido	Parentesco con el Solicitante	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	Cantidad de ingreso mensual	Fuente de ingreso
		sí mismo			
<b>Total de Ingresos Mensuales en Bruto</b>				\$	
¿Usted o alguien en su casa ACTUALMENTE recibe CalFresh (estampillas de comida)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

¿A cual factura de energía desea aplicar su beneficio de LIHEAP? (Adjuntar Copia de la Factura o Recibos)  
 Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite Combustible  Queroseno  Otro combustible  
 Lista compañía de energía y número de cuenta: Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el principal combustible que se utiliza para CALENTAR su casa? Una fuente principal de calefacción DEBE estar marcada (Adjuntar Copia de la Factura o Recibos)  
 Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite Combustible  Queroseno  Otro combustible

Además de su fuente principal de calefacción, alguna vez utiliza cualquiera de los siguientes para calentar su casa (usted puede seleccionar más de uno): (Adjuntar Copia de la Factura o Recibos)  
 Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite Combustible  Queroseno  Otro combustible  N/A

Información de su factura de Energía  
 Marque todas las que apliquen para cada tipo de fuente de energía para los gastos de energía del hogar.  
 NOTA: Las preguntas siguientes son OBLIGATORIOS y requieren una respuesta  
 Incluya copias de sus facturas más recientes de energía Y/O recibos (si es aplicable) y adjuntar a esta solicitud

SERVICIO ELÉCTRICO	SERVICIO DE GAS NATURAL	MADERA, PROPANO or SERVICIO DE ACEITE CUMBUSTIBLE (WPO)
¿Son sus utilidades todo eléctrico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su Compañía de Electricidad el mismo que su Compañía de Gas Natural? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está usted actualmente sin combustible? (Madera, Propano, Aceite, queroseno, Otro Combustible) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Está apagada su electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está apagado su Gas Natural? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anota el número aproximado de días hasta que te quedas sin combustible (Madera, Propano, Aceite, queroseno, Otro Combustible).
¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de días: _____ <input type="checkbox"/> N/A

¿Está su electricidad incluida en la renta o sub-medidos?  Sí  No

La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda. Con mi firma doy autorización para que esta información sea compartida con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal, subcontratistas 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 con el fin de proporcionar servicios a mí y a coordinar, mejorar y reducir los costes de servicios bajo estos programas. Además autorizo a mi compañía (s) utilidad para proporcionar mis datos de consumo de energía a CSD en la medida necesaria para CSD para cumplir con el programa informando los requisitos del gobierno federal. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor durante tres años a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por mí por escrito. Entiendo que si mi aplicación para beneficios o servicios de LIHEAP/DOE 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 decisión del proveedor de servicios entonces puedo apelar al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD) conforme al Titular 22, Código de California sección 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 únicamente con el objetivo de pagar mis gastos de consumo de energía.

X	*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***	Fecha de hoy	Firma del Testigo (si firmó con una X)
---	-------------------------------	--------------	--

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 reúne los requisitos para recibir el pago de LIHEAP, y/o servicios de weatherization. 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 actualización 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 elegibilidad. Usted tiene derecho de acceso a todos los expedientes que contengan información sobre usted. CSD no discrimina en los servicios que ofrece debido a raza, religión, credo, color, origen de nacionalidad, incapacidad física, incapacidad mental, condición médica, estado marital, sexo, edad, o orientación sexual.

SOLICITANTE: NO COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SÓLO PARA USO OFICIAL.

Utility Assistance being provided under which program → <input checked="" type="checkbox"/> HEAP <input type="checkbox"/> Fast Track <input type="checkbox"/> HEAP WPO <input type="checkbox"/> ECIP WPO
Supplement \$ _____ Total Benefit \$ _____ <input checked="" type="checkbox"/> Home referred for WX <input type="checkbox"/> Home already weatherized
Energy Services Restored after disconnection: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Disconnection of Energy Services prevented: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Type of Dwelling: <input type="checkbox"/> MFD – Owner, 2 - 4 units <input type="checkbox"/> Mobile Home – Owner <input type="checkbox"/> Shelter: # of units _____ <input type="checkbox"/> Unoccupied MFD: 2 - 4 units
<input type="checkbox"/> SFD – Owner, 1 unit <input type="checkbox"/> MFD – Rental, 2 - 4 units <input type="checkbox"/> Mobile Home – Rental Total # of residents: _____ <input type="checkbox"/> Unoccupied MFD: > 5 units
<input type="checkbox"/> SFD – Rental, 1 unit <input type="checkbox"/> MFD – Owner, 5 or more units Total Energy Cost: _____ Energy Burden: _____ %
<input type="checkbox"/> MFD – Rental, 5 or more units
Agency Defined Priorities: <input type="checkbox"/> Medically Needy <input type="checkbox"/> Frail Elderly <input type="checkbox"/> Severe Financial Hardship <input type="checkbox"/> Hard to Reach <input type="checkbox"/> Priority Offsets <input type="checkbox"/> N/A

### 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)		
		COMPENSACION DEL TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO
				MANUTENCIÓN DE LOS HUOS
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)		
		PAGOS DE ANUALIDADES	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE CASINO
				LOS INGRESOS POR ALQUILER
				BENEFICIOS DE SEGURO

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: _____
Facturas de servicios públicos	\$		Dirección: _____
			Nombre: _____
Alimentos	\$		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**

Nombre del Candidato que Aplica Para Solicitar Servicios de Energía:	Fecha:
Nombre de la Persona Representando al Candidato, si así fuera pertinente:	Parentesco con el Candidato:

**Beneficios Públicos para Ciudadanos y Residentes Legales**

**Ciudadanos y Nativos de los Estados Unidos** que llenan los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Asistencia de Personas de Bajos Recursos y/o los servicios de Aclimatización para Personas de Bajos Ingresos y deben de llenar la **Sección A y D**.

**Para aquellos que no son Ciudadanos** que llenan todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Energía para personas de Bajos Recursos y/o el Programa de Aclimatización para Personas de Bajos Recursos del Departamento de de energía y deben llenar las **Secciones A, B o C, y D**

**Sección A: Declaración de Ciudadanos y Residentes Legales**

1. Es el candidato ciudadano o nativo de los Estados Unidos  Si  No  
 Si la respuesta a la pregunta anterior es si, donde nació Ciudad/Estado
2. Para establecer ciudadanía o naturalización, favor provea con un de los documentos detallados en la Lista A (sírvasse encontrar adjunta) que sea legible y falto de alteraciones para establecer prueba.

Si es **Ciudadano o Nativo de los Estados Unidos**, favor vaya directamente a la **Sección D**.  
 Si **no es Ciudadano**, favor complete la **Sección B**, o si así aplica, la **Sección C**.

**Sección B: Declaración de Residentes Legales**

**Importante:** Para aquellos candidatos que no son ciudadanos por favor indique su estado legal en los Estados Unidos siguiendo la lista de documentos que se detallan a continuación. Esta lista contiene los documentos mas comúnmente otorgados por el Departamento de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS) como prueba de estadfa legal. En caso de tener un documento que no sea parte de la lista que le se detalla a continuación, sírvase proveer dicho documento para comprobar evidencia legal de estadfa en los Estados Unidos

1. La Evidencia incluye: Un extranjero legalmente admitido como residente permanente bajo el Acto de Inmigración y Naturalización (INA). Esta evidencia incluye:
- INS Forma I-5512 (Tarjeta de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como "green card"); o
  - Vigente Sello Temporal I-551 en el pasaporte extranjero ó en la forma de INS I-94
2. Un extranjero al cual se le ha concedido asilo bajo la sección 208 del INA. La evidencia incluye
- INS Forma I-94 con sello indicando el Permiso de Asilo bajo la sección 208 de Inmigración;
  - INS Forma I-668 B (Tarjeta de autorización de empleo estampado "274a.12(aA)(3)";
  - INS Forma I-766 (Documento de autorización de empleo) estampado "A5"; o
  - Carta de Asilo autorizado por la oficina de inmigración; ó
  - Orden de un juez de inmigración concediendo el asilo.
3. Un refugiado admitido a los Estados Unidos, bajo la sección 207 de Inmigración. Evidencia
- INS Forma I-94 con sello indicando admisión bajo sección 207 del Código de Inmigración
  - INS Forma I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) sellado "274a.12(a)(3)"; o
  - INS Forma I-766 (Documento de Autorización de Empleo) sellado "A3"; ó
  - INS Forma I-571 (Documento de Viaje para Refugiado).
4. Un Extranjero admitido bajo libertad provisional a los Estados Unidos por lo menos un año bajo la sección 212(d)(5) de INS. Evidencias incluye:
- INS Forma I-94 con sello mostrando admisión por lo menos de un año bajo la sección 212(d)(5) de INA. (El Solicitante no puede agregar períodos de admisión por mas de un año para llenar los requisitos del período de un año)

5. Un extranjero al cual su deportación esta siendo detenida bajo la sección 243 (h) de la ley de Inmigración (que se encuentra en efecto antes de Abril 1, 1997) ó sección 241 (b)(3) de tal Acto (como es amendado por la sección 305(a) de la división C de la Ley Pública 104-208). La evidencia incluye:
- INS Forma I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotada "274a.12(a)(10)";
  - INS Forma I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotado "A10"; ó
  - Orden del Juez de inmigración mostrando la suspensión de deportación bajo la sección 243(h) de INA efectivo antes de Abril 1, 1997, ó la suspensión removida bajo la sección 241(b)(3) de INA.
6. Un extranjero al cual se le a otorgado entrada condicional bajo la sección 203(a)(7) de INA en efecto antes de Abril, 1980. Evidencias Incluyen:
- INS Forma I-94 con el sello mostrando la fecha de admisión bajo la sección 203(a)(7) de INA;
  - INS Forma I-688B (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotado "274a.12(a)(3)"; ó
  - INS Forma I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotada "A3."
7. Un extranjero Cubano ó Haitiano (definido en la sección 501(e) del Acto de Asistencia de Educación para Refugiados de 1989). Evidencias Incluyen:
- INS forma I-551 (Tarjeta de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como green card) con los códigos CU6, CU7, ó CH6;
  - Sello no expirado de I-551 en un pasaporte extranjero ó en la forma de INS-I-94 con el Código CU6 ó CU7;
  - INS Forma I-94 con el sello mostrando la entrada bajo libertad provisional como "Cubano/Haitiano Inmigrante" bajo la sección 212(d)(5) de INA; o que salio bajo libertad provisional después de 10/10/80 en condición especial para ciudadanos de Cuba y/o Haití.
8. Un extranjero que entró bajo libertad provisional a los Estados Unidos por menos de 1 año bajo la sección 212(d)(5) de INA. (Evidencia incluyen INS forma I-94 que compruebe esta condición)
9. Un extranjero que no este dentro de las categoría 1 al 8 que ha sido admitido a los Estados Unidos por un período de tiempo limitado (no inmigrante). No inmigrantes son aquellas personas que tienen un estado temporal por un propósito específico. (Evidencias incluyen la forma de INS-I-94 que demuestre este status)
- 10 Yo, certifico que mi estado de residencia en este país es de ciudadano y/o no ciudadano de los EE.UU ó residente legal , pero no puedo comprobar ó proveer apropiada documentación. (Solamente permitido bajo la "Energy Crisis Intervention Program – ECIP (Programa de Intervención de Crisis de Energía).

**Sección C: Declaración para Aquellos Inmigrantes que hayan sido maltratados**

**IMPORTANTE:** Complete esta sección en caso de que el solicitante, hijo del solicitante, ó padre del solicitante haya sido maltratado ó sujeto a situaciones de extrema crueldad en los Estados Unidos..

1. Inmigración ó el EOIR a concedido una petición ó aplicación hecha por el solicitante, en su representación, el hijo/a del solicitante o el padre/madre del solicitante bajo el INA ó que la petición este pendiente y de pie a un caso de prima facie en los Estados Unidos? Evidencias incluyen uno de los documentos en la lista B
2. Ha sido el solicitante, hijo del solicitante ó el padre/madre del hijo del solicitante maltratado ó sometido a extrema crueldad en los Estados Unidos por su pareja ó padre, ó por familiares de los padres ó miembros de familia que vivan en la misma casa (en donde la pareja y/o los padres, miembros familiares que vivan en la misma casa (donde la pareja o pariente consientan ó que hallan accedido al maltrato ó crueldad)?

**Sección D: Certificación**

**YO DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO, BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON VERDADERAS Y CORRECTAS A MI MEJOR CONOCIMIENTO**

Firma del Solicitante:

Fecha:

Firma de la persona representando al solicitante:

Fecha

Attachement: Lists A and B



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE/CONSUMIDOR

*El Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de California (CSD) es una oficina estatal que supervisa los programas de asistencia energética para familias de bajos ingresos. Algunos de los servicios que ofrece consisten en ayudar a las familias a pagar sus facturas de servicios públicos o en instalar electrodomésticos, artefactos y sistemas de bajo consumo para reducir el consumo de energía y los gastos que este ocasiona. A su vez, el CSD trabaja en conjunto con otras organizaciones y otros programas que ofrecen servicios afines.*

### CONSENTIMIENTO (Lo que acepta al firmar este formulario)

Al firmar este formulario, usted presta su consentimiento (autorización) para que tanto el CSD, sus agentes, asesores, otras agencias federales y estatales (Asociados de CSD), como la **empresa proveedora de servicios públicos** y sus agentes, compartan información sobre las cuentas de servicios de su hogar, el consumo de energía, o cualquier otra información necesaria para otorgarle los servicios y beneficios que se describen en el reverso de este formulario.

#### 1. NOMBRE(S) Y DIRECCIÓN POSTAL

Su nombre		
Si el nombre en su factura es diferente, escriba el nombre aquí.		
Su dirección postal (Calle)		Número de unidad Si corresponde
Su dirección postal (Ciudad)	Estado	Código Postal

#### 2. DIRECCIÓN DONDE RECIBE LOS SERVICIOS

Marque este casillero si la dirección donde recibe los servicios difiere de la dirección postal.

Si marcó el casillero, por favor proporcione la dirección donde recibe los servicios en el siguiente cuadro:

Dirección donde recibe los servicios (Calle)		Número de unidad Si corresponde
Dirección donde recibe los servicios (Ciudad)	Estado CA	Código Postal

#### 3. INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Por favor proporcione el nombre de la empresa que le provee los servicios públicos y su número de cuenta en el siguiente cuadro (puede encontrar este número en su factura). Si el servicio de gas y electricidad no es administrado por la misma empresa, escriba el nombre de la empresa y el número de cuenta correspondiente para cada servicio:

Proveedor de servicios públicos	Número de cuenta
Proveedor de servicios públicos (si tiene más de uno)	Número de cuenta

#### AUTORIZACIÓN

**(Si el cliente que firma la solicitud no es la persona que figura como titular de la cuenta en los registros, ambos deberán incluir sus iniciales y firmar el formulario)**

*Entiendo que al inicialar y firmar este formulario autorizo a mi proveedor de servicios públicos, al CSD y a sus asociados a liberar mi información cuando así se solicita o recibirla según se detalla, por un período de **36 meses** y exclusivamente a los efectos listados en esta autorización, a menos que se revocara esta autorización según lo dispuesto en el reverso de este formulario:*

Iniciales del Cliente	Historial de facturación de la empresa de servicios públicos: titular de la cuenta, dirección del servicio, antecedentes de facturación y saldos de la cuenta según se requiera para el procesamiento de pagos de emergencia y asistencia para el pago de la factura de servicios públicos.
Iniciales del Cliente	1) Datos registrados en el medidor y datos sobre el consumo de energía, incluyendo la información correspondiente a los 12 meses previos a la fecha de mi firma de este formulario; y 2) toda la información relacionada con la protección de la vivienda contra las inclemencias del tiempo (si la vivienda estuviera protegida, indicar la fecha y las medidas implementadas).
Iniciales del Cliente	Ingresos familiares, composición familiar y cualquier otra información necesaria para determinar mi derecho a recibir asistencia energética a través de los programas del CSD o sus Asociados.

Firma del cliente/Titular del servicio	Fecha
--	-------

Firma del cliente en la factura de servicios (si fuera distinto del que completa la solicitud)
--

Nombre del agente del CSD/Organización Asociada	Fecha
---	-------

Firma del agente del CSD/Organización Representante	Fecha
---	-------

## **POR QUÉ NECESITAMOS SU CONSENTIMIENTO Y CÓMO SE UTILIZARÁ SU INFORMACIÓN**

Es necesario que preste su consentimiento (autorización) para que obtengamos y liberemos la información relacionada con sus servicios públicos, incluida la información relacionada a su consumo de energía, por las razones que se indican a continuación. El CSD, sus agentes, asesores, otras oficinas federales y estatales y los programas asociados (Asociados del CSD), trabajan junto con su empresa de servicios públicos y los agentes de ésta para ofrecerle los servicios y beneficios que brindan varios de los programas administrados por el CSD y su empresa de servicios públicos. La información suministrada se conservará y se liberará de conformidad con las leyes sobre privacidad y protección de datos. Utilizaremos la información que nos autorice a obtener y compartir con los siguientes propósitos:

1. Determinar si reúne los requisitos para acceder a los programas para familias de bajos ingresos que ofrecen el CSD y los proveedores de servicios públicos.
2. Resguardar la seguridad de su información y facilitar el proceso de solicitud/otorgamiento de servicios al restringir la cantidad de veces en las que tiene que brindar la misma información acerca de usted y su hogar, su residencia, sus ingresos, su(s) cuenta(s) de servicios públicos, sus gastos por consumo de energía y datos sobre el consumo de energía en su hogar.
3. Determinar qué servicios, beneficios y tipo de asistencia tiene derecho a recibir, incluyendo: asistencia económica en el pago de sus facturas de servicios públicos; servicios de protección de la vivienda contra las inclemencias del tiempo; servicios de aprovechamiento de energía eléctrica; servicios de energía de emergencia; medidas de seguridad y salud; servicios de energía solar; información para el consumidor y sugerencias para el consumo de energía.
4. Evaluar el consumo de energía en su hogar, de modo que el CSD pueda: a) determinar la reducción en el monto de las facturas de servicios públicos y la medida en que nuestros servicios logran reducir las emisiones de carbono (contaminación atmosférica), lo que nos permitirá medir la eficacia de los servicios que brindamos, y b) reportar estos resultados a las autoridades federales y estatales que financian y supervisan los programas de asistencia energética en California.

Usted entiende que es posible que algunos servicios no estén disponibles para usted a menos que preste su consentimiento para compartir/liberar cierta información según se detalla en esta Autorización. Entiende que el consentimiento que presta abarcará su cuenta de servicios públicos, información de facturación y de consumo de los últimos 12 meses, información sobre servicios de protección de la vivienda contra las inclemencias del clima que hubiera contratado en el pasado, así como información nueva que surja durante el período de vigencia de esta Autorización.

El CSD y sus Asociados se comprometen a acceder y compartir sólo la información y los datos necesarios para ofrecer servicios de asistencia energética a los clientes elegibles y a cumplir con las disposiciones federales y estatales que regulan la puesta en marcha de estos programas. Si se determina que usted no reúne los requisitos para recibir nuestros servicios, no compartiremos ni accederemos a la información relacionada con sus servicios públicos. El CSD y sus Asociados protegerán su privacidad y conservarán toda la información recopilada de conformidad con los requisitos establecidos en las leyes estatales.

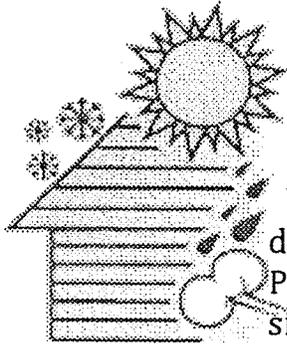
## **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Por medio de la presente, declaro estar de acuerdo con que el período de vigencia de esta autorización sea de **36 meses** corridos desde la fecha de su suscripción, salvo que revoque mi consentimiento por escrito y envíe la documentación a tal efecto por correo a: CSD Energy & Environmental Services Division, 2389 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833. La revocación será efectiva a partir de su recepción por parte del CSD pero no afectará la información que se haya compartido durante el período de vigencia de esta autorización.

## **PROGRAMAS**

A continuación se detallan algunos de los programas que el CSD supervisa o a los que está asociado:

- Programa Federal de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP)
- Programa de Asistencia de Climatización del Departamento de Energía de los Estados Unidos (DOE WAP)
- Programa Estatal de Climatización para Hogares de Bajos Ingresos (LIWP)
- Programa de Hogares Saludables y Control de Peligros del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD)
- Asistencia para el Ahorro de Energía (ESA)
- Programa de Tarifas Alternativas para Energía de California (CARE)



# Programa de HEAP del Condado El Dorado

Las solicitudes para el programa de HEAP estarán disponibles para recogerse en los siguientes lugares. Pueda que usted tenga una espera de 10 a 20 minutos en algunos sitios antes de que lo atienden.

## Sitios de HEAP

### PLACERVILLE

**EDC HHSa-Oficina Principal  
de Servicios Comunitarios**  
937 Spring Street  
530-621-6150  
(Ubicado en la esquina de  
Tunnel Street y Robin Court)  
**lunes a viernes**  
8:00 am-5:00 pm  
[www.edcgov.us/HEAP/](http://www.edcgov.us/HEAP/)

### SOMERSET

**Parque y Centro Comunitaria de Pioneer Park**  
6740 Fair Play Road  
(Ubicado en la esquina de  
Fairplay Road y Perry Creek Road)  
**Primer miércoles del mes**  
9:30am-11:30am

### EL DORADO HILLS

**Apartamentos de White Rock Village**  
Salon Comunitaria al fondo de la Oficina  
2200 Valley View Parkway  
(Ubicado detrás de la tienda Target  
saliendo de White Rock Road)  
**Tercer lunes del mes**  
11:00 am-2:00 pm

### POLLOCK PINES

**Iglesia Comunitaria de Pollock Pines**  
6361 Pony Express Trail  
(Ubicado al Oeste del Restaurante  
Fifty Grand Steakhouse)  
**Segundo jueves del mes**  
9:30 am-1:00 pm

### SOUTH LAKE TAHOE

3368 Lake Tahoe Blvd  
**Primer piso del Centro El Dorado**  
**Tercer jueves del mes**  
10:00 a.m.-3:00 pm

### GEORGETOWN

**Centro Comunitaria de Georgetown**  
6329 Lower Main Street  
(Ubicado al Norte y en frente  
de la gasolinera Gas & Go)  
**Tercer miércoles del mes**  
9:30 am-1:00 pm

### COOL

**Iglesia Comunitaria de Cool**  
863 Cave Valley Road  
(Ubicado en frente de la escuela primaria  
Northside Elementary School)  
**Llame para averiguar las fechas**  
530-621-6150

### CAMERON PARK

**Apartamentos de Knolls at Green Valley**  
Salón Comunitaria  
3301 Cimmarron Road  
(Ubicado en la esquina de  
Cambridge Road y Cimmarron Road)  
**Último martes del mes**  
12:30 pm-4:30 pm

### PLACERVILLE

**Iglesia de Green Valley**  
3500 Missouri Flat Road  
(Ubicado entre Life Way y Fieldstone Drive)  
**Sábado**  
8:00 am – 10:00 am  
**Llame para averiguar las fechas**  
530-621-6150

### PLACERVILLE

**Oficina Principal de Servicios Sociales**  
3057 Briw Road en Placerville  
**Segundo martes del mes**  
10:00 a.m. - 3:00 p.m.