

Ö^àã[ÁãÁãã { ä ~ &ã } Á^|Á ä^|Á^Áã ä &ã ä } d Á^á^|ãÁ^•ããÁ [•ç|ä |Á^Áã ä ä^ { äÁ Áããã!~ { äã |ãÁ
á^ { ä äãÁ^Áe ä ç } &ãÁ^Á^|çãä •Á gà|ã |É|Á^ } äçä ^ } d Á^Á^ } ^* äÁ^Á^/ÖÖÖÁ } ^Á } á •Áä äãã [•Á
ãã] [] ä|•Á äããe ä ç } &ããÁã } ç É

Ö^àã[ÁãÁã^ã ~ &ã } Á^Á } á |É|Á^•ãã [Á çã ^Á^ ^Á^/ÖÖÖÁã { ä ä ç ^Á [•Á } á [•Á ^áãä ç ÁãÁ
ä] |^ { ^ } çãã } Á^Á^ } d •Á^Á |ä |äããÉ
Ú^Áã | Á |ä |äããÁ

- Öä äã Á } Á *|^ [•Á |•Áã |Á^ ä [|Áã* ä } ^* ..ãã
- Ú^|• [] ä Á^Á Éã |•Á^ |•
- Š |Áã ä äããã [•Á^ | { ä ^ } ç
- Öä äã Á } Á ä [|Á^] [|^ Á^Áã & |Áã |

Ú^Á^Á^|~&ã } ä [|Á äãÁ^ããÁe ä ç } &ãÁ^ } ^* ..ããÉ|Á | &• [Á^ ^á^Á^ { |ãÁãã çÁ^ Á^ { ä ä ÉÚ |Áã |Á
& } ç g^Á ä ä á Á^•Áãç |ä ÉÚ^Á^Á [çãã |Á |Á & |^ [Á^Á^•ãã [Á^Á^ Á |ãã áÉ

Päé Á d [•Á^ & |• [•Áã] [] ä |•Á^ ^|ããÁ^/ÖÖÖÁ äãã [ç] &ã (^) ç Áe^ äã [|Á & } Á^•Áãç |ä Á^Á^ } ^* äÁ

ÚäãÁÖBÒÁ
ÉÚ | * |ä ä ÚÖÖÖPKÇEJĐÀ Ì FĚ | FĪ
ĚQ ç | äÖÖÖPKÇEJĐÀ HÇEJÉ
ÉÜÖBÒKÁÇ ĚĐÀ | HĚ ĚĚÁ äã | ^ ~ } äÁ [à^Áãã • & ä & } Á } Á | Á | [* |ä äĚ ÚÁ Á } -ä ~ |äÁ } Á |ä |Á
] ä [É

ÚäãÁ | [] ä [KÁ
ĚÒb. | &ä | Á^Á^|äããã } KÇEJĐG Ì ĚĪ HĚ

AMADOR TUOLUMNE AGENCIA DE ACCIÓN COMUNITARIA TUOLUMNE

LIHEAP

SOLO PARA SU USO - MANTENGA

PLAN DE PRESUPUESTO MENSUAL

MENSUAL	ESTIMADO	COSTO REAL
INGRESO MENSUAL	\$	
SALARIO/SALARIOS (PAGO LLEVADO A CASA)	\$	
EFFECTIVO EN MANO/AHORROS	\$	
MANUTENCIÓN DE NIÑOS (INGRESOS	\$	
AFDC, F/S, SSI, UIB, SDI	\$	
EFFECTIVO TOTAL DISPONIBLE		
GASTOS MENSUALES		
PAGO DE RENTA/CASA		
CALENTADOR/PROPANO		
LUCES/ELECTRICIDAD		
AGUA		
COMIDA/COMESTIBLES		
TELÉFONO		
LAVANDERÍA		
PAGO DE COCHE/TARIFA DE AUTOBÚS		
GASOLINA		
TOTAL		
PAGOS DE SEGURO		
AUTO		
PROPIETARIO/INQUILINO		
SALUD		
VIDA/DISCAPACIDAD/SEGURO		
MÉDICO/CMSP/PARTICIPACIÓN DEL COSTO		
TOTAL		
PAGOS DE TARJETA DE CRÉDITO		
PAGOS DE PRÉSTAMOS/DINERO HASTA EL DE PAGO		
CUIDADO DE NIÑOS/NIÑERA		
PAGOS DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS/ PENSION ALIMENTARIA		
OTRO		
OTRO		
TOTAL		
TOTAL GASTOS MENSUALES		
MENOS INGRESO MENSUAL		
TOTAL RESTANTE		

PÁGINA DE PRESUPUESTO

Ninguna persona será discriminada en su participación por motivos de edad, sexo, color, religión, género, estado civil, ascendencia, condición médica, discapacidad física o mental, ciudadanía o cualquier otra consideración que sea ilegal por parte de autoridades estatales, federales o locales.

Estado de California
Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitarios

Formulario de admisión de energía
 CSD 43 (07/2024)

<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 (<i>no puede ser un apartado postal</i>)			
Dirección de servicio			Número de unidad
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
¿Ha vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es su dirección de servicio la misma que la dirección postal?.....			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es propietario o alquila su vivienda?.....			<input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> 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):		Teléfono residencial ()	
Teléfono móvil ()	¿Acepta recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección de correo electrónico:			

<p>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Introduzca el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted</p> <p style="text-align: right;">➔</p>	<p>INGRESOS Indique el número total de personas que perciben ingresos</p> <p style="text-align: right;">➔</p>	
<p><i>Demografía: Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen:</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	Total de ingresos mensuales	\$

MIEMBROS DEL HOGARINTRODUZCA 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 <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar			
¿Ha prestado servicio o es un familiar directo de alguien que sirvió en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí, he prestado servicio <input type="checkbox"/> Sí, soy el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que sirvió en el ejército de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a declarar		Doy mi consentimiento para que esta agencia y CSD transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico, dirección postal y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos únicamente con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos a los que yo o un miembro de mi familia podamos ser elegibles. Entiendo que este consentimiento es válido durante 12 meses. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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 <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar			
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 <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar			
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 <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar			
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		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		
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		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		
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 subcontractados? 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 N/A

¿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.

X		
	*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***	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 <input type="checkbox"/> HEAP <input type="checkbox"/> Fast Track <input type="checkbox"/> HEAP WPO <input type="checkbox"/> ECIP WPO	
Beneficio básico \$ _____ Complemento \$ _____ Beneficio total \$ _____	
Costo total de energía \$ _____ Carga energética _____	
Servicios energéticos restablecidos tras la desconexión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se impide la desconexión de los servicios energéticos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hogar remitido para climatización: <input type="checkbox"/> Hogar ya climatizado: <input type="checkbox"/>	

Amador Tuolumne Community Action Agency
Energy Client Intake Form Addendum to CSD-43



Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento del solicitante: _____

Staff Use	ATCAA Program:
	Intake Date:
	Child Support Referral Made <input type="checkbox"/>

Tipo de Hogar: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Rentar/Sin subsidio <input type="checkbox"/> Rentar/Vivienda subsidiada <input type="checkbox"/> Otra hogar permanente <input type="checkbox"/> Persona sin hogar <input type="checkbox"/> Otro
Idioma principal que se habla en casa: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
Otra idioma hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro

Seguro médico

¿Tipo De seguro médico? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Médico del trabajo <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Medical militar <input type="checkbox"/> Seguro médico por el estado para niños <input type="checkbox"/> Seguro médico por el estado para adultos <input type="checkbox"/> Sin seguro médico
¿Estás discapacitada permanente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Negarse a declarar

Nivel educativo y empleo

Nivel educativo (de 14 a 24 años): <input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12/No graduado <input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ Algo de universidad <input type="checkbox"/> Graduado universitario de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> Graduado de otra educación postsecundaria
Nivel educativo (mayores de 25 años): <input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12/No graduado <input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> 12+ Algo de universidad <input type="checkbox"/> Graduado universitario de 2 o 4 años <input type="checkbox"/> Graduado de otra educación postsecundaria
Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo/parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleados de corta duración (6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleados de larga duración (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> No en la fuerza laboral
¿Situación Militar? <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Militar activo <input type="checkbox"/> Ni militar activo ni veterano

Jóvenes desconectados agregan manutención infantil

infantil ¿Tiene entre 18 y 24 años? o Si ¿Es usted el <input type="checkbox"/> No padre/tutor con custodia de uno o varios niños? o Si o No
--

Ingresó TOTAL del hogar-Cont.

¿ El hogar ha recibido ingresos en los últimos 30 días? Si No

BENEFICIOS NO EFECTIVOS recibidos en los últimos 30 días?		
WIC	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vale de Elección de Vivienda	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vivienda Pública	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vivienda de Apoyo Permanente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
HUD-VASH	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vale de Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Subsidio de la Ley de Cuidado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
CalFresh	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Bajo Precio CalFresh Reconozco que la información que he proporcionado es verdadera y correcta y entiendo que mi nombre y otra información de identificación no se compartirán con ninguna agencia fuera de ATCAA, a menos que así lo exija la ley.

Firma _____

Fecha _____

Ninguna persona será discriminada en su participación por edad, sexo, color, religión, género, estado civil, ascendencia, condición médica, discapacidad física o mental, ciudadanía o cualquier otra consideración considerada ilegal por las leyes estatales, federales y locales.

Información adicional/Nombre de otro miembro en el hogar: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nivel de educación (de 14 a 24 años): 0-8 Grado 9-12 Grado/No graduado Graduado de escuela secundaria/GED 12+ Algo de universidad Graduado universitario de 2 4 años o Graduado de otros estudios postsecundarios

Nivel de educación (mayores de 25 años): 0-8 Grado 9-12 Grado/No graduado Graduado de escuela secundaria/GED 12+ Algo de universidad Graduado universitario de 2 4 años o Graduado de otros estudios postsecundarios

Empleo: Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Estudiante a tiempo completo/parcial Jubilado/Jubliada Desempleados de corta duración (6 meses o menos) Desempleados de larga duración (más de 6 meses) No en la fuerza laboral Trabajador agrícola

¿Situación Militar? Veterano Militar activo Ni militar activo ni veterano

¿Tipo de seguro médico? Medicaid Medicare Base de empleo Compra directa Atención médica militar Seguro médico estatal para niños Seguro médico estatal para adultos Sin seguro

¿Estás discapacitada permanente? Si No No se sabe Negarse a declarar

Información adicional/Nombre de otro miembro en el hogar: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nivel de educación (de 14 a 24 años): 0-8 Grado 9-12 Grado/No graduado Graduado de escuela secundaria/GED 12+ Algo de universidad Graduado universitario de 2 4 años o Graduado de otros estudios postsecundarios

Nivel de educación (mayores de 25 años): 0-8 Grado 9-12 Grado/No graduado Graduado de escuela secundaria/GED 12+ Algo de universidad Graduado universitario de 2 4 años o Graduado de otros estudios postsecundarios

Empleo: Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Estudiante a tiempo completo/parcial Jubilado/Jubliada Desempleados de corta duración (6 meses o menos) Desempleados de larga duración (más de 6 meses) No en la fuerza laboral Trabajador agrícola

¿Situación Militar? Veterano Militar activo Ni militar activo ni veterano

¿Tipo de seguro médico? Medicaid Medicare Base de empleo Compra directa Atención médica militar Seguro médico estatal para niños Seguro médico estatal para adultos Sin seguro

¿Estás discapacitada permanente? Si No No se sabe Negarse a declarar

Información adicional/Nombre de otro miembro en el hogar: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nivel de educación (de 14 a 24 años): 0-8 Grado 9-12 Grado/No graduado Graduado de escuela secundaria/GED 12+ Algo de universidad Graduado universitario de 2 4 años o Graduado de otros estudios postsecundarios

Nivel de educación (mayores de 25 años): 0-8 Grado 9-12 Grado/No graduado Graduado de escuela secundaria/GED 12+ Algo de universidad Graduado universitario de 2 4 años o Graduado de otros estudios postsecundarios

Empleo: Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Estudiante a tiempo completo/parcial Jubilado/Jubliada Desempleados de corta duración (6 meses o menos) Desempleados de larga duración (más de 6 meses) No en la fuerza laboral Trabajador agrícola

¿Situación Militar? Veterano Militar activo Ni militar activo ni veterano

¿Tipo de seguro médico? Medicaid Medicare Base de empleo Compra directa Atención médica militar Seguro médico estatal para niños Seguro médico estatal para adultos Sin seguro

¿Estás discapacitada permanente? Si No No se sabe Negarse a declarar

Información adicional/Nombre de otro miembro del hogar: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nivel educativo (de 14 a 24 años): 0-8 Grado 9-12 Grado/No graduado Graduado de escuela secundaria/GED 12+ Algo de universidad Graduado universitario de 2 4 años o Graduado de otros estudios postsecundarios

Nivel educativo (mayores de 25 años): 0-8 Grado 9-12 Grado/No graduado Graduado de escuela secundaria/GED 12+ Algo de universidad Graduado universitario de 2 4 años o Graduado de otros estudios postsecundarios

Empleo: Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Estudiante a tiempo completo/parcial Jubilado Desempleados de corta duración (6 meses o menos) Desempleados de larga duración (más de 6 meses) No en la fuerza laboral Trabajador agrícola

¿Situación Militar? Veterano Militar activo Ni militar activo ni veterano

¿Tipo de seguro médico? Medicaid Medicare Basado en el empleo Compra directa Atención médica militar Seguro médico estatal para niños Seguro médico estatal para adultos Sin seguro

¿Estás discapacitada permanente? Si No No se sabe Negarse a declarar

Office Use only	
Program:	
Office:	<input type="checkbox"/> Ama <input type="checkbox"/> Tuo
Date:	

¡Valoramos su opinión! Ayúdenos a comprender los recursos y necesidades de las familias respondiendo las siguientes preguntas demográficas sobre educación, empleo, vivienda, atención médica y otras necesidades básicas.

- 1 ¿En qué condado reside usted? Amador Calaveras Tuolumne
- 2 Sexo Masculino Femenino
- 3 Edad Menores de 18 años 18-24 25-44 45-54 55-59 60-64 65-74 75+
- 4 Etnicidad Orígenes hispanos, latinos o No de origen hispano, latino o español
- 5 Carrera: españoles indio americano/nativo de Alaska asiático Negro/Afroamericano Multiraza (dos) Blanco/Caucásico
 Nativo de Hawái/Istmo del Pacífico Otro o más de las anteriores)
- 6 ¿Has oído hablar de ATCAA? Amigo/Familia Personal de la ATCAA Anuncio Remisión Otro
- 7 ¿Ha utilizado nuestros servicios en el pasado? Sí No
- En caso afirmativo, ¿qué servicios ha utilizado? Vivienda/Dinero Inteligente Energía/climatización Juventud/Prevención
 Recursos para la familia/Terapia/Alfabetización Centro de Aprendizaje Familiar/Promotores Inicio temprano/ventaja Banco de comida
- 9 ¿Cómo calificaría su satisfacción general con los servicios de ATCAA? Excelente Bien Justo Pobre
- Para las preguntas #0-16, elija hasta 3 de sus "mayores necesidades" o "mayores desafíos" (11 cualquiera o todas las categorías aplicables)

J0. EDUCACIÓN DE ADULTOS

- Opciones de escuela/guardería de After para padres
- Cursos disponibles por la tarde/noche/fin de semana
- Acceso a banda ancha/Internet en casa
- Capacitación en habilidades informáticas
- Horarios/paradas convenientes del transporte público
- Otro _____

12. EMPLEO

- Todas las opciones de escuela/cuidado infantil para los padres
- Entrenamiento en habilidades informáticas
- Horarios/paradas convenientes del transporte público
- Ayuda a mejorar habilidades laborales, formación.
- Asistencia para la búsqueda de empleo
- Otro _____

14. SALUD

- Un seguro médico, dental y de visión flexible
- Recursos alimentarios disponibles
- Recursos sanitarios disponibles
- Presupuesto para una dieta saludable
- Servicios de asesoramiento sobre salud mental.
- Otro _____

16. APOYO GENERAL: RECURSOS/REFERENCIAS

- Información para padres
- Programas/servicios de habilidades para la vida
- Asistencia alimentaria/Programas de comidas
- Educación nutricional/alimentación saludable
- Abuso emocional
- Abuso sexual/Abuso de sustancias
- Cuidado infantil asequible

J1. EDUCACIÓN INFANTIL

- Servicios de asesoramiento disponibles
- Recursos escolares disponibles (libros, computadoras, etc.)
- Acceso a banda ancha/Internet en casa
- Enfoques proactivos ante la violencia/bullying
- Clases más pequeñas
- Otro _____

13. VIVIENDA

- Vivienda asequible
- Estoy pidiendo programas de reparación
- Servicios de climatización de viviendas.
- Programas de asistencia para alquiler/hipoteca
- Programas de asistencia de servicios públicos
- Otro _____

J5. INGRESO

- Abordar problemas de crédito
- Pagar o reducir la deuda
- Configurar/mantener un presupuesto
- Configurar una cuenta de ahorro/jubilación
- Comprensión de la gestión del dinero.
- Otro _____

Comentarios bienvenidos: _____

¿Podemos contactarte? Correo electrónico Teléfono

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA o ESTADO DE NO CIUDADANO PARA BENEFICIOS PÚBLICOS

Nombre del solicitante de los servicios de energía	Fecha
Nombre de la persona que representa el solicitante, si corresponde	Relación con el solicitante

Beneficios Públicos para Ciudadanos y No Ciudadanos

Los Ciudadanos y Nacionales de los Estados Unidos que cumplan con todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos y/o el Programa de Asistencia de Climatización para Bajos Ingresos del Departamento de Energía y deben **completar las Secciones A y D**.

Los No Ciudadanos que cumplan con todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos y/o el Programa de Asistencia de Climatización para Bajos Ingresos del Departamento de Energía y deben **completar las Secciones A, B o C y D**.

Section A: Citizenship/Non-Citizen Status Declaration

1. ¿Es el solicitante ciudadano o nacional de los Estados Unidos? Sí No
 Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿dónde nació? Ciudad/Estado
2. Para establecer la ciudadanía o la naturalización, presente uno de los documentos de la Lista A (adjunta al presente) que sea legible e inalterado para establecer la prueba.

Si es **Ciudadano o Nacional de los Estados Unidos**, vaya directamente **a la Sección D**.

Si **No es Ciudadano**, complete **la Sección B o, si corresponde, la Sección C**.

Sección B: Declaración de La Condición de No Ciudadano

Importante: Indique a continuación la condición de no ciudadano del solicitante y presente los documentos que demuestren dicha condición. Los documentos de estatus de no ciudadano enumerados para cada categoría son los documentos más utilizados que el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS) proporciona a los no ciudadanos en esas categorías. Puede proporcionar otras pruebas aceptables de su condición de no ciudadano, incluso si no se enumeran a continuación.

1. Un extranjero admitido legalmente para residencia permanente bajo la Ley de Inmigración y Naturalización (INA). La evidencia incluye:
- Formulario I-551 del INS (Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como "tarjeta verde"); o
 - Sello I-551 Temporal Vigente en el pasaporte extranjero o en el formulario I-94 del INS.
2. Un extranjero al que se le concede asilo bajo la sección 208 de la INA. La evidencia incluye:
- Formulario I-94 del INS anotado con un sello que muestra la concesión de asilo según la sección 208 de la INA;
 - Formulario INS I-688B (Tarjeta de autorización de empleo) anotado "274a.12 (a) (5)";
 - Formulario INS I-766 (Documento de autorización de empleo) anotado "A5";
 - Carta de concesión de la Oficina de Asilo del INS; o
 - Orden de un juez de inmigración concediendo asilo.
3. Un refugiado admitido en los Estados Unidos bajo la sección 207 de la INA. La evidencia incluye:
- Formulario I-94 del INS anotado con un sello que muestre la admisión según la sección 207 de la INA;
 - Formulario I-688B del INS (Tarjeta de autorización de empleo) anotado "274a.12(a)(3)";
 - Formulario INS I-766 (Documento de autorización de empleo) anotado "A3"; o
 - Formulario I-571 del INS (Documento de Viaje para Refugiados)
4. Un extranjero en libertad condicional en los Estados Unidos durante al menos un año según la sección 212 (d) (5) de la INA. La evidencia incluye:

- Formulario I-94 del INS con un sello que muestre la admisión durante al menos un año según la sección 212(d)(5) de la INA. (El solicitante no puede sumar períodos de admisión de menos de un año para cumplir con el requisito de un año).

5. Un extranjero cuya deportación se retiene bajo la sección 243(h) de la INA (en vigor antes del 1 de abril de 1997) o la sección 241(b)(3) de dicha Ley (modificada por la sección 305(a) de la división C de la Ley Pública 104-208). La evidencia incluye:
- Formulario I-688B del INS (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotado "274a.12(a)(10)";
 - Formulario INS I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotado "A10"; o
 - Orden de un juez de inmigración que muestre la deportación retenida bajo la sección 243(h) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1997, o la deportación retenida bajo la sección 241(b)(3) de la INA.
6. Un extranjero a quien se le otorga entrada condicional bajo la sección 203(a)(7) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1980. La evidencia incluye:
- Formulario I-94 del INS con un sello que muestre la admisión según la sección 203(a)(7) de la INA;
 - Formulario I-688B del INS (Tarjeta de autorización de empleo) anotado "274a.12(a)(3)"; o
 - Formulario I-766 del INS (Documento de autorización de empleo) anotado "A3".
7. Un extranjero que sea cubano o haitiano (según se define en la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Refugiados de 1980). La evidencia incluye:
- Formulario I-551 del INS (Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como "tarjeta verde") con el código CU6, CU7 o CH6;
 - Sello I-551 temporal no vencido en pasaporte extranjero o en el formulario I-94 del INS con el código CU6 o CU7; o
 - Formulario I-94 del INS con un sello que muestre la libertad condicional como "Ingresante cubano/haitiano" según la sección 212(d)(5) de la INA; o en libertad condicional después del 10/10/80 en el estatus especial para nacionales de Cuba o Haití.
8. Un extranjero en libertad condicional en los Estados Unidos por menos de un año bajo la sección 212 (d) (5) de la INA. (La evidencia incluye el Formulario I-94 del INS que muestra este estado).
9. Un extranjero que no está en las categorías 1 a 8 que ha sido admitido en los Estados Unidos por un período de tiempo limitado (un no inmigrante). Los no inmigrantes son personas que tienen un estatus temporal para un propósito específico. (La evidencia incluye el Formulario I-94 del INS que muestra este estado).
10. Autocertifico que soy ciudadano estadounidense o nacional no ciudadano o extranjero calificado, pero no puedo proporcionar documentación. (Solo permitido bajo el componente del Programa de Intervención de Crisis Energética (ECIP) del Programa LIHEAP).

Sección C: Declaración para Ciertos Extranjeros Maltratados

Importante: Complete esta sección si el solicitante, el hijo del solicitante o el padre del hijo del solicitante ha sido golpeado o sometido a crueldad extrema en los Estados Unidos por un cónyuge o padre.

1. ¿Ha concedido el INS o la EOIR una petición o solicitud presentada por o en nombre del solicitante, el hijo del solicitante o el padre del hijo del solicitante en virtud de la INA o ha encontrado que una petición pendiente establezca un caso prima facie para otorgar permiso para permanecer en los Estados Unidos? La evidencia incluye uno de los documentos en la Lista B (adjunta al presente).
2. ¿El solicitante, el hijo del solicitante o los padres del hijo solicitante han sido golpeados o sometidos a crueldad extrema en los Estados Unidos por un cónyuge o padre, o por un miembro de la familia del cónyuge o padre que vive en la misma casa (donde el cónyuge o padre consintió o accedió a la agresión o la crueldad)?

Sección D: Certificación

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO SEGÚN 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 que representa el solicitante, si corresponde	Fecha

Adjuntos: Listas A y B

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 período 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

Completo CSD 321 y CSD 515A

AGENCIA DE ACCIÓN COMUNITARIA AMADOR-TUOLUMNE

CSD 321 CONFIRMACIÓN DE EDUCACIÓN DEL CLIENTE DE RECIBO	CSD 515A CONTRATO DE SERVICIO DE ENERGÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Completa la parte superior. Marque las casillas de educación energética y asesoramiento presupuestario, tal como se proporcionan en la solicitud. • Fimar, fechar y devolver con la solicitud • La educación sobre seguridad contra el plomo, el moho, la humedad y el radón se proporcionarán una vez que se complete la climatización 	<ul style="list-style-type: none"> • Si solicita climatización, el propietario-ocupante o inquilino debe completar el servicio CSD 515A formulario de acuerdo • Si usted es un inquilino, debe solicitar un formulario de acuerdo de servicio CSD 51 B para que el propietario de la propiedad de alquiler lo complete • Los propietarios que presenten la solicitud deben proporcionar prueba de propiedad de la vivienda ya sea una factura de impuestos, declaración de hipoteca, título o escritura • Si "no" está apto para la climatización, devuelve CSD 515A form con un "NO" en la parte superior de la form

PAUTAS DE INGRESOS tanto para CLIMA como para HEAP:

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7
Bruto total Ingreso mensual que no debe exceder	\$3,169.99	\$4,145.40	\$5,120.82	\$6,096.24	\$7,071.57	\$8,046.99	\$8,229.90

Ofreciendo medidas de climatización SIN COSTO para hogares con ingresos calificados

Usted puede ser elegible para algunas o todas estas medidas de climatización:		
• BARRIDO DEL TIEMPO	• AISLAMIENTO DEL ÁTICO	• ENVOLTURA DE TUBERÍAS
• SELLADO DE VENTANAS	• TAPAS DE ENFRIADOR EVAPORATIVO	• PANTALLAS DE SOMBRA
• FLUJO BAJO	• JUNTAS DE SALIDA E INTERRUPTOR	• HOGAR MENOR REFACCIÓN
CABEZALES DE DUCHA	• DETECTORES DE MONÓXIDO DE CARBONO	
	• REEMPLAZAR LOS QUE ESTÉN ROTO O AGRIETADO	
	VENTANAS	

La CLIMATERIZACIÓN proporcionará a su familia un ambiente más cómodo en verano/invierno y al mismo tiempo reducirá su factura de energía. Su hogar será más eficiente, contribuyendo así a conservar la valiosa energía. Este es un servicio SIN COSTO para INQUILINOS y PROPIETARIOS de VIVIENDAS que califican según sus ingresos y NO han sido climatizados en los ÚLTIMOS 5 AÑOS.

Ninguna Persona será discriminada en su participación por edad, sexo, color, religión, género, estado civil, ascendencia, condición médica, física o mental, discapacidad, ciudadanía o cualquier otra consideración considerada ilegal por las leyes estatales, federales o locales.

CLIENT EDUCATION CONFIRMATION OF RECEIPT

Name of Occupant

Address of Dwelling

Confirmation of Receipt

I have received the following information:

- Lead-Safe Education** – A copy of the pamphlet, *Renovate Right: Important Lead Hazard Information for Families, Child Care Providers, and Schools*, informing me of the potential risk of the lead hazard exposure from weatherization/renovation activity to be performed in my dwelling unit.
- Energy Education** – Information regarding changes I can make in order to reduce the energy consumption of my household.
- Mold and Moisture Education** – A copy of the pamphlet, *A Brief Guide to Mold and Moisture In Your Home*, informing me of how to clean up residential mold problems and how to prevent mold growth.
- Budget Counseling** – Information regarding personal financial management.
- Radon Education** – A copy of the pamphlet, *A Citizen's Guide to Radon*, informing me of the potential risk of radon and how to lower the radon level in my dwelling unit.
- Asbestos Education** – A copy of the pamphlet, *FAQs About Asbestos in the Home and Workplace*, informing me about identifying asbestos-containing materials in the home, exposure, and available resources.

Signature of Recipient

Date

Self-Certification Option

I certify that I attempted to deliver the following educational information to the dwelling listed above:

- Lead-Safe Energy Mold/Moisture Budget Counseling Radon Asbestos

If the information was delivered but a signature was not obtainable, you may check the appropriate box below.

- Refusal to Sign** — 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.
- Unavailable for Signature** — 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	Date	Time
Signature (Agency Representative)			Print name		

Mailing Option:

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):

- Lead-Safe Energy Mold/Moisture Budget Counseling Radon Asbestos

Signature (Agency Representative)	Print name	Date mailed
-----------------------------------	------------	-------------



CONTRATO DE SERVICIO DE ENERGÍA PARA EL INQUILINO

INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

Seleccione el tipo de vivienda	Yo soy
Para una sola familia <input type="checkbox"/> Casa rodante <input type="checkbox"/> De unidades <input type="checkbox"/> múltiples	Dueño-ocupante <input type="checkbox"/> Inquilino <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL DUEÑO-OCUPANTE O INQUILINO

Dueño-ocupante o inquilino (escriba su nombre a mano o en computadora)		Dirección	
No. de apt./unidad	Ciudad	Código postal	Número de teléfono
Correo electrónico del dueño-ocupante o inquilino			Número de FAX del dueño-ocupante o inquilino

Aceptación de los términos por el dueño o inquilino para servicios de impermeabilización del CSD (a completarse por el dueño o inquilino)

Yo estoy de acuerdo en aceptar los siguientes TÉRMINOS requeridos para que mi residencia principal reciba servicios del programa(s) de impermeabilización del Departamento de Servicios a la Comunidad y Desarrollo (CSD):

1. Yo certifico que la propiedad listada arriba es mi residencia principal.
2. Yo (el dueño-ocupante o inquilino) otorgo permiso al contratista/agencia para entrar a mi vivienda para realizar evaluaciones, diagnósticos, tomar fotos solamente para trabajo de impermeabilización para ser realizado o diferido (en relación con servicios individuales o en toda la casa), instalar servicios factibles de impermeabilización y realizar inspecciones de la vivienda arriba mencionado de acuerdo con las regulaciones y estándares del programa de impermeabilización del CSD.
3. Yo reconozco que una evaluación de mi vivienda es necesaria para determinar que el trabajo puede realizarse y que el trabajo disponible puede ser limitado debido a las necesidades y condiciones de mi residencia. El trabajo identificado puede no ser ofrecido si no cumple con todos los requisitos y especificaciones del programa y puede llevar a un aplazamiento total o parcial del trabajo. Mi rechazo de cierto trabajo puede prevenir la instalación de otro trabajo identificado según los requisitos del programa.
4. Por la presente libero y me comprometo a mantener exento de responsabilidad al contratista/agencia mencionado abajo y a su personal, de cualquier responsabilidad relacionado con el trabajo identificado en una lista resumida, excepto como consecuencia de una negligencia grave o mala conducta dolosa y arbitraria.
5. Yo autorizo al contratista/agencia a tener acceso a los records de mi compañía de servicios para obtener datos solamente del uso de la energía durante un periodo de un año antes y dos años después de que las medidas de impermeabilización sean instaladas.
6. Yo otorgo permiso al contratista/agencia y a los inspectores locales y/o federales para entrar a la vivienda después de una notificación razonable para realizar inspecciones para verificar la existencia y calidad del trabajo realizado por el contratista/agencia y el cumplimiento con los códigos de construcción locales, estatales y/o federales y normas programáticas y reconozco que puede requerirse un permiso para trabajo de impermeabilización específico. Entiendo que puedo ser considerado financieramente responsable por el trabajo de impermeabilización si me rehúso a permitir acceso para inspección y propósitos de permiso.
7. Yo no debo remover ninguna medida de conservación de energía instalada permanentemente a menos que esté dañada o sin funcionar en la residencia donde se instaló.

Certificaciones adicionales para los dueños-ocupantes SOLAMENTE:

8. Reconozco y acepto que esta propiedad no está a la venta al momento de calificar para el programa y no se ofrecerá a la venta o se distribuirá de otra manera durante por lo menos sesenta días después de completados los servicios de impermeabilización.
9. Unidades de casas rodantes solamente: reconozco que no puedo recibir servicios que requieren un permiso si el registro de la casa móvil no está actualizado.

Certificaciones adicionales para inquilinos SOLAMENTE:

10. Yo admito que el dueño de la propiedad en alquiler debe otorgar al contratista/agencia el mismo permiso al firmar el Contrato de Servicio de Energía 515B del CSD para el Dueño de la Propiedad en Alquiler antes de que cualquier servicio sea prestado.



CONTRATO DE SERVICIO DE ENERGÍA PARA EL INQUILINO

11. Yo entiendo que el dueño de la propiedad no puede aumentar la renta de la unidad por un periodo de dos años desde la fecha de la impermeabilización por el aumento del valor de la unidad debido solamente a las medidas de impermeabilización provistas por el contratista/agencia (factores permitidos para el aumento de la renta incluyen un aumento en el impuesto a la propiedad, el costo real de amortización de otras mejoras a la propiedad realizadas después de la fecha del trabajo completado por el contratista/agencia o aumentos reales en los costos de mantenimiento y operación de esta propiedad).

12. Yo acepto que se me ha entregado una copia de este contrato explicando los términos efectivos por un periodo de dos años después de que los servicios de impermeabilización han sido completados. Proceso de reclamo: en caso de que las estipulaciones de este contrato relacionadas con el aumento de la renta o la falla por parte del propietario de reducir los costos de los servicios de las unidades con medidor, los inquilinos pueden contactar al contratista/agencia para entregar un reclamo verbal o escrito, que será investigado por el Departamento de Servicios a la Comunidad y Desarrollo. La información de contacto del contratista/agencia se encuentra en este contrato bajo la sección titulada "Garantía del Contratista/Agencia".

13. Yo puedo quedarme con la medida de reemplazo para conservación de energía instalada por el programa(s) de impermeabilización del CSD si el electrodoméstico reemplazado era de mi propiedad personal.

YO CERTIFICO QUE soy el dueño-ocupante o inquilino residiendo en la vivienda listada arriba que sirve como mi residencia principal y que todas las declaraciones dadas son verdaderas y correctas conforme a mi saber y entender. He leído estos TÉRMINOS Y DESCARGO y acepto estar obligado por todos sus términos y condiciones para recibir los servicios de impermeabilización bajo el programa(s) de impermeabilización del CSD.

Firma del dueño-ocupante o inquilino	Fecha
--------------------------------------	-------

Garantía del contratista/agencia

Contratista/agencia (Nombre en letra de imprenta)		Dirección	
Número CSLB (si es aplicable)	Ciudad	Código postal	Número de teléfono del contratista/agencia
Correo electrónico del contratista/agencia		Número de FAX del contratista/agencia	

El contratista/Agencia está de acuerdo con lo siguiente:

1. Debe ser reponsable del costo factible de las medidas de impermeabilización realizadas excepto la contribución en efectivo del dueño o agente del dueño, si es aplicable, y de cualquier responsabilidad por incumplimiento subsiguiente.
2. Debe asegurar que el contratista/agencia está apropiadamente asegurado.
3. Debe asegurar que el trabajo es realizado de manera profesional y que cumple con los estándares del programa y códigos de construcción.
4. No debe hacer ningún cambio estructural significativo a la vivienda sin pedir permiso al dueño de la propiedad por escrito describiendo el cambio específicamente.
5. Debe proveer por escrito una lista de las medidas de impermeabilización instaladas en la unidad.
6. Debe asegurar que los datos del dueño, o agente del dueño, y el inquilino deben permanecer confidenciales para asegurar el cumplimiento con la Ley de Prácticas de Información de 1977 en su forma enmendada y la Ley Federal de Privacidad de 1974 en su forma enmendada.

Firma del gerente del programa de la agencia	Nombre del gerente del programa de la agencia (en imprenta)	Fecha
--	---	-------