



PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA (LIHEAP) 2022 APLICACIÓN

*Ayudamos a los residentes del Condado de Alameda a pagar la
factura de PG&E o Alameda Municipal Power*

UN ÚLTIMO PASO

Antes de sellar el sobre, marque abajo para asegurar que Incluyó todos los documentos requeridos. Un paquete incompleto retrasara el proceso de su aplicación.

- Aplicación completa (todas las formas deben ser llenadas/firmadas)
- Copia de factura actual (todas las páginas)
- Prueba de ingreso (todos los adultos de la casa)
- Forma CSD 43B Certificación de Ingreso y Gasto (esta forma es requerida para las personas mayor de 18 años que no sometan prueba de ingreso)



www.SpectrumCS.org



LIHEAP APP



Para un proceso rápido, envíe por correo la aplicación completa con los

DOCUMENTOS REQUERIDOS A:

Spectrum Community Services
LIHEAP Program
P.O. Box 4317
Hayward, CA 94540-4317
www.SpectrumCS.org

POR FAVOR NO USE CORRECTOR BLANCO.



Acuerdo de elegibilidad del programa LIHEAP

LIHEAP es un programa de recursos federales, que ayuda a los hogares de bajos ingresos y altos costos energéticos a pagar su factura de PG&E o ALAMEDA POWER & TELECOM. La Asistencia es directa a la compañía de utilidades. La elegibilidad está basada en el ingreso mensual de todas las personas que viven en el hogar, la cual no puede sobrepasar la guía de ingresos de LIHEAP que se encuentra debajo, debido al significativo recorte de fondos. El gobierno decretó una ley requiriendo que el objetivo del estado sean los hogares con bajos ingresos y altos costos energéticos, teniendo en consideración los hogares con personas mayores y personas con discapacidad y niños menores de cinco años. Favor de seguir la guía del salario mensual.

Guía De Ingresos para el 2022

NÚMERO DE PERSONAS	INGRESO MENSUAL EN BRUTO
1	\$2,564.73
2	\$3,353.87
3	\$4,143.02
4	\$4,932.17
5	\$5,721.31
6	\$6,510.46
7	\$6,658.43
8	\$6,806.39
9	\$6,954.36
10	\$7,102.32

Por favor recuerde que LIHEAP no es un programa de derecho. Spectrum también ofrece servicios de climatización para ayudar a los hogares. Recomendamos a los aplicantes a concertar un plan de pago con su compañía de utilidad.

He leído lo anterior y entiendo los límites de ingreso mensual del programa.

Firma

Fecha

PREGUNTAS? Por favor llame al (510) 881-0300

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo

Formulario de ingresos para la prestación de energía

CSD 43 (10/2017)

<i>Solo para uso oficial:</i>	
Puntos de prioridad	
A.C.C.	
Fecha de cert. de aptitud	

Agencia:		Iniciales de admisión:		Fecha de admisión:	
Nombre		Inicial del segundo nombre		Apellido	
				Fecha de nacimiento DD/MM/AA	
DOMICILIO DE SERVICIO – Domicilio de residencia (no casilla de correo)					
Domicilio de servicio				Número de unidad	
Ciudad		Condado		Estado	Código postal
¿Ha vivido en este domicilio durante los últimos 12 meses de corrido?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Su domicilio de servicio es el mismo que su domicilio de residencia?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Domicilio postal				Número de unidad	
Ciudad		Condado		Estado	Código postal
Número de seguridad social (SSN):				Número de teléfono ()	
Correo electrónico:					

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Ingrese la cantidad total de personas que viven en el hogar, incluido usted		○		INGRESO Ingrese la cantidad total de personas que reciben ingresos		○	
<i>Datos demográficos: ingrese la cantidad total de personas en su hogar con las siguientes características.</i>				<i>Indique el ingreso mensual bruto total de todas las personas que viven en el hogar:</i>			
0 a 2 años de edad				TANF / CalWorks		\$	
3 a 5 años de edad				SSI / SSP		\$	
6 a 18 años de edad				SSA / SSDI		\$	
19 a 59 años de edad				Cheque(s) de pago		\$	
60 años de edad o más				Intereses		\$	
Discapacitado				Pensión		\$	
Nativo americano				Otro		\$	
Trabajador agrícola estacional o migrante				Ingreso mensual total		\$	

INTEGRANTES DEL HOGAR INGRESE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR. Si en su hogar viven más de 7 personas, incluya la información en una hoja adicional.					
Nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Monto del ingreso bruto total (Antes de impuestos y deducciones)	Fuente de ingresos
		Usted			
Monto del ingreso bruto mensual total del hogar				\$	
¿Usted o alguien de su familia recibe ACTUALMENTE CalFresh (Cupones para alimentos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

FACTURA DE PAGO

¿A qué factura de energía (ELIJA SOLO UNA) desea que se aplique el beneficio LIHEAP? (Adjunte una copia completa de la factura o recibo más reciente)

Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible

Ingrese la empresa de energía y el número de cuenta:

Nombre de la empresa: _____ Nro. de cuenta: _____

¿Su servicio público está interrumpido? Sí No

¿Recibió una notificación por atraso? Sí No

¿Sus servicios públicos están incluidos en la renta o cuenta con medidor adicional? Sí No

¿Sus servicios públicos son todos eléctricos? Sí No

¿Su empresa de gas natural es la misma que su empresa eléctrica? Sí No

SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)

¿Actualmente no tiene combustible? (Madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles) Sí No N/C

Indique la cantidad aproximada de días que quedan antes de que se quede sin combustible (Madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles). Cantidad de días: _____ N/A

INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA

Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS**. Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su hogar. **Debe** presentar una copia de **todas** las facturas o recibos de energía recientes por todos los costos de energía doméstica.

NOTA: debe incluirse una copia de una factura eléctrica aun cuando no use electricidad para calentar su hogar.

¿Cuál es el combustible que más utiliza para CALENTAR su hogar? **DEBE** marcar una fuente principal.

Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible

Además de su fuente de calefacción principal, ¿usa alguno de los siguientes para calefaccionar su hogar? (puede elegir más de uno):

Gas natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible N/C

Usted es el titular de: la factura de electricidad Sí No la factura de gas natural Sí No

La información de la presente solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar a continuación, otorgo mi consentimiento (permiso) al CSD, sus contratistas, consultores y otras agencias federales o estatales (socios del CSD) y a mi empresa de servicios públicos y a sus contratistas para compartir información acerca de mi cuenta de servicios públicos doméstica, consumo de energía u otra información necesaria para prestarme los servicios y beneficios descritos al final del presente formulario. Mi consentimiento tendrá vigencia por un plazo que comienza 24 meses antes de la fecha de firma que se consigna a continuación y que continúa hasta 36 meses después. Entiendo que si mi solicitud para los beneficios o servicios LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta fuera de término o una prestación no satisfactoria, podré presentar una apelación escrita ante el proveedor del servicio local, y esta apelación será evaluada no más de 15 días después de su recepción. De no estar conforme con la decisión del proveedor del servicio, podré apelar ante el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo conforme al Artículo 100805 del Título 22 del Código de Normas de California. Si corresponde, autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costos a mi cargo. Declaro, bajo pena por falso testimonio, que la información que se incluye en la presente solicitud es verdadera y correcta, y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para los pagos de mis costos de energía.

X

*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***

Fecha

NOMBRE DE LA AGENCIA: Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia en Energía Doméstica (HEAP). AUTORIDAD: el Artículo 16367.6 (a) del Código de Gobierno designa al CSD como la agencia responsable del manejo del HEAP. OBJETO: la información que usted proporciona se utilizará para decidir si resulta apto para el pago de LIHEAP o los servicios de climatización. ENTREGA DE INFORMACIÓN: este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información solicitada. OTRA INFORMACIÓN: el CSD emplea definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas sobre Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Estado del Departamento de Servicios Sociales y de Salud para determinar la aptitud para el programa. Durante el procesamiento de la solicitud, el subcontratista designado del CSD podría necesitar más información para decidir respecto de su aptitud para uno o ambos programas. ACCESO: el subcontratista designado del CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, de ser utilizada, para determinar su aptitud. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. El CSD no discrimina al momento de prestar sus servicios por motivos de raza, religión, color, nacionalidad, ancestros, discapacidad física, discapacidad mental, enfermedad, estado civil, sexo, edad ni orientación sexual.

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

Asistencia para servicios públicos que se proporciona a través de qué programa → HEAP Fast Track HEAP WPO ECIP WPO

Beneficio base \$ _____ Complemento \$ _____ Beneficio total \$ _____

Costo total de energía \$ _____ Porcentaje de ingresos invertido en energía _____

Servicios de energía restablecidos después de la desconexión: Sí No Desconexión de los servicios de energía evitada: Sí No

Hogar referido para WX: Hogar climatizado:

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



LISTA DE VERIFICACIÓN

RECUERDE INCLUIR LOS DOCUMENTOS QUE APLIQUEN A SU HOGAR:

1. **SU APLICACIÓN** (Recuerde llenar todas las páginas, todas son requeridas)
2. **FACTURA DE PG&E o ALAMEDA MUNICIPAL POWER** (Incluya todas las páginas)
3. **PRUEBAS DE INGRESO:**
 - a) **TRABAJO** – Últimos 30 días de talones de cheque seguidos (semanal = 4; bi-semanal = 2)
 - b) **CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS:** Si usted o alguien de su hogar (18 años o mayor) **no tiene** o **no puede** mostrar comprobantes de ingreso, debe completar la forma (CSD 43B). Si todos (18 años o mayor) tienen prueba de ingresos, no es requerido.
 - c) **SSI/SSA** - Carta de beneficio del 2022; estado de cuenta del banco reflejando el depósito del mes actual.
 - d) **EDD (DESEMPLEO)** - Copia de talones de cheques recientes; historial de pago de su cuenta de EDD (disponible en su cuenta red/online)
 - e) **GA (Asistencia General)** – Carta de CalWorks/CalFresh de los últimos 30 días.
 - f) **PRÉSTAMOS** - Si ha recibido ayuda de amigos/familiares, obtenga una carta escrita por esa persona (nombre, fecha, cantidad específica, firma, y número de teléfono).
 - g) **CONTRATISTA INDEPENDIENTE** - Copias de impuestos firmados, con el Anexo; historial de recibos de los últimos 30 días; cartas de pagos en efectivo (cash). En casos de day labor, copias de cheques, libreta de pagos, o carta(s) del patrón.
 - h) **PENSIÓN, ANUALIDADES** – Carta oficial de sus beneficios dentro de los últimos 30 días o carta de pensión de por vida, incluyendo beneficios de veteranos.
 - i) **MANUTENCIÓN (Child Support)**- Orden de la corte o copia de cheque reciente
 - j) **ALIMONY**- Orden de la corte o copia de cheque reciente
4. **PRUEBA DE DISCAPACIDAD** (al menos una de las siguientes)
 - a) SSI/SSA - Carta de la Administración de Seguro Social para el 2022
 - b) Carta de su doctor
 - c) Carta del caso de compensación al trabajador (Workers Compensation Appeals Board)
 - d) Placa de discapacidad del DMV
5. **PERSONAS EN EL HOGAR MÁS DE 60 AÑOS** (unicamente si esta aplicando para Servicios de Climatización)
 - a) Tarjeta de Identificación
 - b) Cualquier documento que indique su fecha de nacimiento



Como completar la forma CSD 321, Educacion al Cliente

(How to complete CSD 321, Client Education Confirmation of Receipt)

Areas a completar: (Areas to complete)

- ~ Nombre del Ocupante (Name of Occupant)
- ~ Domicilio (Address of Dwelling)

Confirmar y marque el recibo de materiales escritos de:

(Confirm receipt of written materials)

- ~ Educacion de Energia (Energy Education)
- ~ Forma de Presupuesto (Budget Counseling)
- ~ Firma y fecha (Sign and date)

El Area titulada “Self-Certification Option” es para uso oficial – no llene.

(The area entitled “Self-Certification Option” is for official use – do not complete.)

CLIENT EDUCATION CONFIRMATION OF RECEIPT

Name of Occupant	Age of Dwelling
------------------	-----------------

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.

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**

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**

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



FORMA DE PRESUPUESTOS

¿Qué es un presupuesto?

Un presupuesto es un plan de gastos. El presupuesto nos ayuda a darnos cuenta a donde va su dinero, y que es importante para usted. Este es un ejemplo del presupuesto. Por favor llene la forma que está abajo. Si algún gasto no aplica, ponga \$0.

Ingreso Mensual

Ingreso Bruto: (antes de impuestos)	\$
Ingreso Neto: (después de impuestos)	\$
Ingreso Total:	\$

Gastos Mensuales

<i>Indique sólo la cantidad que sale de su bolso</i>	Renta/Hipoteca:	\$
	Comida (Gasto de su bolso):	\$
	Cal-Fresh/ Estampillas:	\$
	Telefono:	\$
	Agua:	
	Basura:	\$
	Costo eléctrico/ gas:	\$
	Seguro Médico/Medicamentos:	\$
	Pagos de tarjetas de crédito:	\$
	Seguro de Auto:	\$
	Costos de transporte: (gas, seguro, tarifa)	\$
	Otros gastos:	\$
	TOTAL:	\$

IMPORTANTE: Esta forma es requerida para poder procesar su aplicación.

INGRESO TOTAL:	\$
GASTOS:	\$
INGRESO RESTANTE:	\$



CONSEJOS PARA AHORRAR ENERGÍA

Medidas de Ahorro

- Reemplace su refrigerador viejo, lavadora/secadora y lavaplatos con modelos Energy Star®
- Apague las luces que no estén en uso
- Insular el ático/area de fundación (crawl space) y el piso, donde se pueda
- Sellar ventanas, puertas y cualquier fuga de aire hacia afuera, alrededor del calentador de agua y tubos de escape del horno.
- Insular los ductos de calefacción y sistema de aire acondicionado
- Reemplace focos CFL o incandescentes con focos LED (Light Emitting Diode)
- Seque su ropa al aire libre cuando sea posible
- Limite su uso de energía durante las horas pico de 4 PM – 9 PM. No opere lavaplatos, maquina de lavar o secar, y cualquier otro aparato hasta después de las 9 PM, o antes de las 4 PM para evadir las tarifas más altas.

Calefaccion

- Ajuste el termostato del calentón a 68° grados durante el día.
- Obtenga una inspección profesional para que revisen y afinen su calentón.
- Limpie o reemplace los filtros del calentón una vez al mes.
- Use suéter o ropa en capas para atrapar el calor del cuerpo.
- Cierre las ventilas del calentón cuando no está en uso.
- Cierre ventanas y puertas para atrapar el calor durante invierno y el frío durante el verano
- Reemplazar ventanas viejas con nuevas de doble panel.
- Nunca utilizar la estufa de la cocina, el horno, la parrilla de carbón para calentar su hogar.
- Cuando estén reunidos en un cuarto, considere usar un calentón portátil y/o un abanico para moderar la temperatura e incrementar su comodidad y a la vez evadir usar la calefacción central o aire acondicionado. Siempre siga las guías de seguridad del equipo en uso.

Enfriamiento

- Ajuste el termostato a 78°F grados en verano o apáguelo.
- Usar un ventilador y ventilación natural primero.
- Usar ropa fresca o ligera
- Se recomienda usar cobertores de ventanas durante el verano para mantener el interior fresco.

Agua

- Siempre mantener el termostato del calentador de agua a 120°F, la temperatura recomendada.
- El tanque de agua debe ser insulado con un cobertor termal de calentones.
- Instale cabezales de ducha de bajo flujo y reguladores para las llaves de agua; arregle los escapes de agua.
- Tome duchas más cortas.
- Lave cargas completas en su lavaplatos y utilice la opción de secado al aire.
- Lave cargas completas y use agua fría cuando lave ropa.

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	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		PAGOS DE	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE	LOS INGRESOS POR BENEFICIOS DE

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:	
			Dirección:		
Facturas de servicios públicos	\$		Nombre:	Teléfono:	
			Dirección:		
Alimentos	\$		Nombre:	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

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	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		PAGOS DE	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE	LOS INGRESOS POR BENEFICIOS DE

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