



# PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA (LIHWAP) 2022 APLICACIÓN

*Ayudamos a los residentes del Condado de Alameda a pagar la  
factura de agua (servicios participantes)*

## **UN ÚLTIMO PASO**

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

- Aplicación completa (todas las formas deben ser llenadas/firmadas)
- Copia de la factura de agua atrasada (todas las páginas)
- Prueba de ingreso (todos los adultos de la casa)
- Prueba de ingreso (todos los adultos de la casa) O 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)
- Copia de identificación otorgada por el gobierno (ambos lados)



[www.SpectrumCS.org](http://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](http://www.SpectrumCS.org)

POR FAVOR NO USE CORRECTOR BLANCO



## Acuerdo de elegibilidad del programa LIHWAP

LIHWAP es un programa de recursos federales, que ayuda a los hogares de bajos ingresos y altos costos de agua ó alcantaria a pagar su factura atrasada de su servicio de agua participante. 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 LIHWAP 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.

### *Guia 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 LIHWAP 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 y Desarrollo Comunitario**

Formulario de admisión del LIHWAP

CSD 41 (04/2022)

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <i>Solo para uso oficial:</i>  |  |
|                                |  |
| A.C.C.                         |  |
| Fecha de cert. de elegibilidad |  |

|   |                          |                           |   |
|---|--------------------------|---------------------------|---|
| Agencia:  | Iniciales de ingreso:    | Fecha de ingreso:         |   |
| Nombre  | Inicial segundo          | Apellido                  | Fecha de nacimiento<br>MM/DD/AA                                 |
| DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS – Dirección donde vive (esta <i>no puede</i> ser una casilla postal) |                          |                           |   |
| Dirección de los servicios  |                          |                           | Número de unidad  |
| Ciudad de los servicios   | Condado de los servicios | Estado de los servicios   | Código postal de los servicios                                  |
| ¿Su dirección de los servicios es la misma que la dirección postal?.....                        |                          |                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         |
| ¿Es dueño o alquila su hogar?.....  |                          |                           | <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Alquila |
| Dirección postal  |                          |                           | Número de unidad  |
| Ciudad de envío   | Condado de envío         | Estado de envío           | Código postal de envío  |
| Número del Seguro Social(SSN):  |                          | Número de teléfono (    ) |   |
| Dirección de correo electrónico:  |                          |                           |   |

|  |   |  |           |
|--|---|--|-----------|
| <b>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR</b><br>Ingrese el número total de personas que viven en el hogar, incluyéndose a usted.    ➔ | ○ | <b>INGRESO</b><br>Ingrese el número total de personas que reciben ingresos    ➔                    | ○         |
| <i>Información demográfica: Ingrese el número total de personas en el hogar que tengan:</i>                                    |   | <i>Ingrese el ingreso mensual <b>bruto</b> de <b>todas</b> las personas que viven en el hogar:</i> |           |
| Entre 0 y 2 años   |   | TANF / CalWorks  | \$        |
| Entre 3 y 5 años   |   | SSI / SSP  | \$        |
| Entre 6 y 18 años  |   | SSA / SSDI   | \$        |
| Entre 19 y 59 años   |   | Nómina de pago   | \$        |
| 60 años o más  |   | Interés  | \$        |
| Discapacidad   |   | Pensión  | \$        |
| Indoamericana  |   | Otro   | \$        |
| Obrero agrícola temporal o migrante  |   | <b>Ingreso Total Mensual</b>   | <b>\$</b> |

**MIEMBROS DEL HOGAR**  
A CONTINUACIÓN INGRESE LA INFORMACIÓN DE **TODOS** LOS MIEMBROS DEL HOGAR.  
Si hay más de 7 personas en su hogar, indique la información en un papel aparte.

**SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)**

|   |  |                     |   |
|---|--|---------------------|---|
| Nombre  | Inicial del segundo nombre   | Apellido            | Relación con el solicitante<br><i>Usted mismo</i>   |
| Fecha de nacimiento:  | Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático   |                     | ¿Hispano/Latino/Español?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |                     |   |
| Cantidad de ingreso bruto mensual (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"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático   |                     | ¿Hispano/Latino/Español?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |                     |   |
| Cantidad de ingreso bruto mensual (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"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático   |                     | ¿Hispano/Latino/Español?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |                     |   |
| Cantidad de ingreso bruto mensual (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"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático   |                     | ¿Hispano/Latino/Español?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |                     |   |
| Cantidad de ingreso bruto mensual (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"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático   |                     | ¿Hispano/Latino/Español?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |                     |   |
| Cantidad de ingreso bruto mensual (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"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático   |                     | ¿Hispano/Latino/Español?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |                     |   |
| Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):   |  | Fuente de ingresos: |   |

**MIEMBRO DEL HOGAR 7**

|   |  |          |   |
|---|--|----------|---|
| Nombre  | Inicial del segundo nombre   | Apellido | Relación con el solicitante   |
| Fecha de nacimiento:  | Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático   |          | ¿Hispano/Latino/Español?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco |          |   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder    | <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder | <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder |
| Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos): | Fuente de ingresos:  |  |

¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalFresh (Cupones de Alimentos)?  Sí  No

¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalWorks (asistencia con dinero en efectivo)?  Sí  No

¿Usted o alguien de su hogar recibieron asistencia LIHEAP en los últimos 120 días?  Sí  No

**PAGAR FACTURA**

¿A qué factura quiere que se aplique el beneficio LIHWAP, lo que incluye los estados de cuenta del impuesto sobre la propiedad (SELECCIONE SOLO UNA)? (Adjunte una copia completa de la factura o el recibo más recientes)

Factura del agua  Factura de tratamiento de aguas residuales  El agua y el tratamiento de aguas residuales están combinadas en una sola factura

**Ingrese la empresa de agua/tratamiento de aguas y el número de cuenta:**

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Su servicio público está cortado?  Sí  No

¿Tiene un aviso de factura vencida o saldo vencido en su factura?  Sí  No

¿Sus servicios públicos se incluyen en el alquiler o tiene una cuenta con medidor individual?  Sí  No

La información de esta solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para obtener asistencia. Al firmar, doy mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (socios de CSD) y a mi empresa de servicio público y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de servicio público de mi hogar, además de otras informaciones necesarias para proporcionarme servicios y beneficios, según se describe al final del formulario. Comprendo que si se rechaza mi solicitud de beneficios LIHWAP o si recibo una respuesta tardía o un rendimiento insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito ante el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará a más tardar 15 días después de su recepción. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor local de servicios, puedo apelar ante el Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario, de conformidad con el Título 22 del Código de Reglamentos de California, sección 100805. Declaro, bajo pena de perjuicio, que la información de esta solicitud es verdadera, correcta y los fondos recibidos se utilizarán solamente con el fin de pagar mis gastos de agua y tratamiento de aguas.

|          |                                      |       |
|----------|--------------------------------------|-------|
| <b>X</b> | <b>*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***</b> | Fecha |
|----------|--------------------------------------|-------|

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios y Desarrollo Comunitario (CSD, Community Services and Development). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Low Income Household Water Assistance Program (LIHWAP, Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos). AUTORIDAD: El Código de Gobierno, sección 12087.2 (b) nombra a CSD como la agencia responsable de administrar LIHWAP. PROPÓSITO: La información que proporcione se utilizará para decidir si es elegible para un beneficio LIHWAP. OTORGAR INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información necesaria. OTRA INFORMACIÓN: El CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual del Ingreso medio del estado, Nivel federal de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para determinar la elegibilidad en el programa. Es probable que durante el proceso de solicitud, el contratista designado por el CDS tenga que pedirle más información para decidir su elegibilidad. ACCESO: El subcontratista designado por el CDS guardará su solicitud llenada y demás información, si se utiliza, para determinar su elegibilidad. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contienen información sobre usted. El CDS no discrimina en la disposición de servicios según raza, creencias religiosas, color, nacionalidad, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

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

**Beneficio total de LIHWAP \$** \_\_\_\_\_

**Gasto total de agua o tratamiento de aguas (solo costo de agua) \$** \_\_\_\_\_ **Costo de agua** \_\_\_\_\_

Servicios de agua restablecido después de un corte:  Sí  No      Se evitó el corte de servicios de agua:  Sí  No



## 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 COMPLETA DE AGUA O ALCANTARILLA:** su factura de agua o alcantarilla debe estar vencida. Si solicita asistencia para la factura de agua y alcantarilla, ambos servicios deben aparecer en la misma factura y estar atrasados.
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. **COPIA DE IDENTIFICACIÓN EMITIDA POR EL GOBIERNO**– Envíe uno de los siguientes:
  - a) Tarjeta de identificación del estado de California
  - b) Tarjeta de identificación tribal
  - c) Licencia de conducir
  - d) Pasaporte de los Estados Unidos o tarjeta de pasaporte
  - e) Tarjeta militar de los Estados Unidos (ambos lados)
  - f) Tarjeta de identificación de dependiente military (ambos lados)
  - g) Tarjeta de residencia permanente
  - h) Certificado de ciudadanía
  - i) Certificado de naturalización
  - j) Documento de autorización de empleo



- k) La identificación emitida por el gobierno vencida es aceptable por un período de un año a partir de la fecha de vencimiento
- l) Para personas mayores de 60 años o más, se acepta una identificación otorgada por el gobierno

**5. 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



# FORMA DE PRESUPUESTOS

## ¿Qué es un presupuesto?

Un presupuesto es un plan de gastos. El presupuesto le ayuda a darse 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:<br>(antes de impuestos)  | \$ |
| Ingreso Neto:<br>(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:<br>(gas, seguro, tarifa) | \$ |
|  | Otros gastos:                                  | \$ |
|  | <b>TOTAL:</b>                                  | \$ |

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

|                          |    |
|--------------------------|----|
| <b>INGRESO TOTAL:</b>    | \$ |
| <b>GASTOS:</b>           | \$ |
| <b>INGRESO RESTANTE:</b> | \$ |



## 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**