



HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (LIHEAP)

Helping **Alameda County** Residents Pay Their PG&E/Alameda Municipal Power Bills

Completed application **must** include:

- ✓ YOUR COMPLETE APPLICATION FORMS
- ✓ **COPY OF APPLICANT'S** GOVERNMENT-ISSUED PHOTO ID (ex: driver license, state ID, or US passport) no more than 1 year past the expiration date (seniors 60+ may provide ID more than 1 year expired)
- ✓ COMPLETE/UNALTERED **COPY OF MOST RECENT** ENERGY BILL(S) (ex: PG&E and/or Alameda Municipal Power)—Include any applicable shut-off notices (ex: 15-day, 48-hour).
- ✓ PROOF OF INCOME—All household members must provide complete/unaltered **COPIES** of income documents issued no more than 30 days ago (unless stated otherwise). Common examples include:

Type of Income	Required Document Options
Employment (Ages 18+ only)	<ul style="list-style-type: none"> • All <u>consecutive</u> pay statements/pay stubs for the last 30 days. If paid weekly, provide 4 consecutive stubs; if bi-weekly, provide 2.
Social Security SSI/SSP or SSA/SSDI	<ul style="list-style-type: none"> • Current year's award letter • Most recent bank statement (for direct deposit)
Pensions/Annuities/IRAs	<ul style="list-style-type: none"> • Lifetime award letter (<u>no bank statements</u>) • Most recent check stub • Award letter for the last 30 days
CalWorks/GA/GR	<ul style="list-style-type: none"> • Notice of Action, verification letter, or printout summary • Check or bank statement (for direct deposit)
Self-Employed	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Signed & dated</u> copy of current Federal Income Tax forms 1040, Schedule 1, and Schedule C • Hand- or type-written copy of ledger/journal for the last 30 days
Unemployment/EDD	<ul style="list-style-type: none"> • Most recent 4 weeks of pay stubs • Payment history • Current award letter
Child Support	<ul style="list-style-type: none"> • Recent copy of child support notice from the court within the last 30 days • <u>Signed & dated</u> letter from the paying parent stating the monthly amount
Loans/Gifts	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Signed & dated</u> letter from the lender with specific amount, date(s), and their telephone number
Worker's Compensation	<ul style="list-style-type: none"> • Check or check stub • Current printout or award letter

❖ NO INCOME? Households that do not or cannot provide proof of income must complete form CSD 43B Certification of Income and Expenses (included). This is not required if your household provides income documentation.

Apply online at CALIHEAPApply.com -or- MAIL your completed application and REQUIRED DOCUMENTS to:

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

DO NOT USE WHITE-OUT, TAPE, STAPLES, OR PAPER CLIPS

LIHEAP Applicant Eligibility

Because of significant funding cuts, the federal government enacted a law requiring that states target households with low incomes and high energy costs, taking into consideration households with seniors (60+ years old) and persons with disabilities, and children under six. This means there could be households that receive assistance in the past and will no longer receive assistance because they fall into a low priority group and are not considered among the neediest of the needy.

Eligibility is based on the household's total gross monthly income (before taxes), which cannot exceed the 2024 LIHEAP Income Guidelines listed in the chart below:

2024 Monthly Gross Income Guidelines

HOUSEHOLD SIZES	1	2	3	4	5	6	7	8
MONTHLY PRE-TAX INCOME	\$2,882.83	\$3,769.83	\$4,656.83	\$5,543.92	\$6,430.92	\$7,317.92	\$7,484.25	\$7,650.58

WHAT TO EXPECT AFTER YOU APPLY:

	ONLINE	BY PAPER (ex: mail)
1	Email sent confirming application successfully submitted	Postcard sent via USPS confirming application received
2	Email sent with an update:	Letter sent via USPS with an update:
	2a. Missing document(s) needed	2a. Missing document(s) needed
	2b. Application eligible for LIHEAP benefit (letter also sent via USPS)	2b. Application eligible for LIHEAP benefit
	2c. Application denied with reason (letter also sent via USPS)	2c. Application denied with reason

Remember: LIHEAP is *not* an entitlement program. All applicants are encouraged to continue paying on their energy bill. Spectrum also offers weatherization services to help households' lower their utility bills.

ADDITIONAL RESOURCES

ENERGY PROVIDERS IN ALAMEDA COUNTY

- Pacific Gas & Electric Company (PG&E) – PGE.com • 800-743-5000
- Alameda Municipal Power (only for residents of the City of Alameda) – AlamedaMP.com • 510-748-3900
- Ava Community Energy (formerly EBCE) – avaenergy.org • 833-699-3223

SPECTRUM COMMUNITY SERVICES – SpectrumCS.org • 510-881-0300

Energy Assistance Programs

- Home Energy Assistance Program (LIHEAP) – Helping Alameda County residents experiencing low income pay their PG&E or Alameda Municipal Power bills.
- Weatherization Assistance Program – Helping Alameda County residents experiencing low income improve their homes with energy-saving measures and appliances.

Senior Programs (for all Alameda County residents who are 60 years of age or older)

- Senior Meals – Congregate meals for active seniors at a many locations throughout northern, central and southern Alameda County.
- Meals on Wheels – Home-delivered meals in the cities of Dublin, Pleasanton, Sunol, and Livermore.
- Fall Prevention – Classes virtually and in-person throughout the northern and central county for at-risk, low-income seniors to reduce/prevent falls that can lead to devastating health complications.
- Connect – Wellness check-ins, reassurance calls, and friendly visits to combat social isolation.

این قسمت را فقط باید مسئول مربوطه تکمیل کند:		نام		حرف اول نام میانی		نام خانوادگی		تاریخ پذیرش:		تاریخ گواهی واجد شرایط بودن	
امتیازهای اولویت		تاریخ تولد		سال/روز/ماه		شماره واحد		نشانی محل خدمات		نشانی محل خدمات	
A.C.C.		شماره واحد		شهر محل ارائه خدمات		شهرستان محل ارائه خدمات		ایالت محل ارائه خدمات		کد پستی محل ارائه خدمات	
آیا در طی 12 ماه گذشته در این محل اقامت زندگی کرده‌اید؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		آیا نشانی محل خدمات شما با نشانی پستی یکی است؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		آیا شما صاحب‌خانه هستید یا مستأجر؟		صاحب‌خانه <input type="checkbox"/> مستأجر <input type="checkbox"/>	
نشانی پستی		شماره واحد		شهر نشانی پستی		شهرستان نشانی پستی		ایالت نشانی پستی		کد پستی نشانی پستی	
شماره تأمین اجتماعی (Social Security Number) (SSN):		شماره تلفن ()		نشانی ایمیل:							

افراد که در خانوار زندگی می‌کنند		تعداد کل افرادی را که در خانوار زندگی می‌کنند وارد کنید، از جمله خودتان	
درآمد		تعداد کل افرادی را که درآمد دارند وارد کنید	
مشخصات جمعیتی: تعداد افراد خانوار را که شرایط زیر را دارند وارد کنید:		کل درآمد ناخالص ماهانه مربوط به همه افراد ساکن در خانوار را وارد کنید:	
سن 0 – 2 سال	TANF / CalWorks	\$	
سن 3 – 5 سال	SSI / SSP	\$	
سن 6 – 18 سال	SSA / SSDI	\$	
سن 19 – 59	چک(های) حقوق	\$	
سن 60 سال و بالاتر	بهره	\$	
معلول	حقوق بازنشستگی	\$	
آمریکایی بومی	سایر موارد	\$	
کارگر فصلی یا مهاجر	مجموع درآمد ماهانه	\$	

اعضای خانوار			
اطلاعات زیر را برای همه اعضای خانوار وارد کنید.			
اگر بیش از 6 نفر در خانوارتان دارید، لطفاً اطلاعات را در کاغذ جداگانه‌ای ذکر کنید.			
متقاضی (عضو خانوار 1)			
نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی	نسبت با متقاضی خود شخص
تاریخ تولد:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر	نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	اسپانیایی تبار/لاتین تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
زاد: <input type="checkbox"/> سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی	<input type="checkbox"/> آمریکایی آفریقایی تبار یا سیاه‌پوست	<input type="checkbox"/> بومی اهل هاوایی یا دیگر مردم جزایر پاسیفیک <input type="checkbox"/> سفیدپوست	نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم
<input type="checkbox"/> چندنژادی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم			
میزان درآمد ناخالص ماهانه (قبل از مالیات):		منبع درآمد:	

عضو خانوار 2

نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی	نسبت با متقاضی
تاریخ تولد:	نژاد: <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> آمریکایی آفریقایی-تبار یا سیاهپوست <input type="checkbox"/> بومی اهل هاوایی یا دیگر مردم جزایر پاسیفیک <input type="checkbox"/> سفیدپوست <input type="checkbox"/> چندنژادی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	اسپانیایی-تبار/لاتین-تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سایر			
<input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم			
میزان درآمد ناخالص ماهانه (قبل از مالیات):		منبع درآمد:	

عضو خانوار 3

نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی	نسبت با متقاضی
تاریخ تولد:	نژاد: <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> آمریکایی آفریقایی-تبار یا سیاهپوست <input type="checkbox"/> بومی اهل هاوایی یا دیگر مردم جزایر پاسیفیک <input type="checkbox"/> سفیدپوست <input type="checkbox"/> چندنژادی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	اسپانیایی-تبار/لاتین-تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سایر			
<input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم			
میزان درآمد ناخالص ماهانه (قبل از مالیات):		منبع درآمد:	

عضو خانوار 4

نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی	نسبت با متقاضی
تاریخ تولد:	نژاد: <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> آمریکایی آفریقایی-تبار یا سیاهپوست <input type="checkbox"/> بومی اهل هاوایی یا دیگر مردم جزایر پاسیفیک <input type="checkbox"/> سفیدپوست <input type="checkbox"/> چندنژادی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	اسپانیایی-تبار/لاتین-تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سایر			
<input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم			
میزان درآمد ناخالص ماهانه (قبل از مالیات):		منبع درآمد:	

عضو خانوار 5

نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی	نسبت با متقاضی
تاریخ تولد:	نژاد: <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> آمریکایی آفریقایی-تبار یا سیاهپوست <input type="checkbox"/> بومی اهل هاوایی یا دیگر مردم جزایر پاسیفیک <input type="checkbox"/> سفیدپوست <input type="checkbox"/> چندنژادی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	اسپانیایی-تبار/لاتین-تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سایر			
<input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم			
میزان درآمد ناخالص ماهانه (قبل از مالیات):		منبع درآمد:	

عضو خانوار 6

نام	حرف اول نام میانی	نام خانوادگی	نسبت با متقاضی
تاریخ تولد:	نژاد: <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> آمریکایی آفریقایی-تبار یا سیاهپوست <input type="checkbox"/> بومی اهل هاوایی یا دیگر مردم جزایر پاسیفیک <input type="checkbox"/> سفیدپوست <input type="checkbox"/> چندنژادی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	اسپانیایی-تبار/لاتین-تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سایر			
<input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم			
میزان درآمد ناخالص ماهانه (قبل از مالیات):		منبع درآمد:	

آیا شما یا یکی از اعضای خانوارتان در حال حاضر CalFresh (کوپن‌های غذا) دریافت می‌کنید؟ بله خیر

پرداخت قبض

می‌خواهید مزایای **LIHEAP** (برنامه کمک‌هزینه انرژی برای خانواده‌های کم‌درآمد) برای کدام قبض انرژی اعمال شود (فقط یک مورد را انتخاب کنید)؟
(کپی کامل آخرین قبض یا رسید را پیوست کنید)

گاز طبیعی برق چوب پروپان سوخت نفتی نفت سفید هیزم مصنوعی گلوله‌های سوختی سوخت‌های دیگر

شرکت تأمین‌کننده انرژی و شماره حساب را وارد کنید:

نام شرکت: _____ شماره حساب: _____

آیا خدمات عمومی (آب، برق و ...) شما قطع شده است؟ بله خیر

آیا اختیاریه عدم پرداخت را گرفته‌اید؟ بله خیر

آیا هزینه خدمات عمومی (آب، برق و ...) در اجاره‌بها لحاظ شده است یا کنترل فرعی جداگانه دارید؟ بله خیر

آیا تأسیسات خدمات عمومی شما تماماً برقی است؟ بله خیر

آیا برای شما شرکت تأمین‌کننده گاز طبیعی با شرکت تأمین‌کننده برق یکی است؟ بله خیر

خدمات سوخت نفتی، پروپان یا چوب (WPO)

آیا در حال حاضر سوخت شما تمام شده است؟ (چوب، پروپان، سوخت نفتی، نفت سفید، سایر سوخت‌ها) بله خیر بدون پاسخ
تعداد تقریبی روزهایی را که تا اتمام سوختتان مانده است ذکر کنید (چوب، پروپان، سوخت نفتی، نفت سفید، سایر سوخت‌ها).

تعداد روزها: _____ بدون پاسخ

اطلاعات انرژی

پاسخ به پرسش‌های زیر اجباری است. لطفاً تمام منابع انرژی مورداستفاده برای گرمایش خانه خود را علامت بزنید.

یک کپی از همه قبوض انرژی و/یا رسیدهای اخیر برای هر هزینه مربوط به انرژی خانه باید ارائه شود.

توجه: حتی اگر از برق برای گرم کردن خانه خود استفاده نمی‌کنید، یک کپی از قبض برق باید ارائه شود.

سوخت اصلی مورداستفاده برای گرم کردن خانه شما چیست؟ یک منبع گرمایش اصلی باید علامت زده شود.

گاز طبیعی برق چوب پروپان سوخت نفتی نفت سفید هیزم مصنوعی گلوله‌های سوختی سوخت‌های دیگر

علاوه بر منبع گرمایش اصلی، آیا تابه‌حال از یکی از موارد زیر برای گرم کردن خانه‌تان استفاده کرده‌اید (می‌توانید بیش از یک مورد را انتخاب کنید):

گاز طبیعی برق چوب پروپان سوخت نفتی نفت سفید هیزم مصنوعی گلوله‌های سوختی سوخت‌های دیگر بدون پاسخ

آیا شما صاحب حساب هستید: قبض برق بله خیر قبض گاز طبیعی بله خیر

از اطلاعات موجود در این درخواست برای تعیین و تأیید واجد شرایط بودن من برای دریافت کمک‌هزینه استفاده خواهد شد. با امضا کردن قسمت زیر، من رضایت (اجازه) خود را به CSD (اداره توسعه و خدمات اجتماعی)، پیمانکاران، مشاوران، سایر سازمان‌های فدرال یا ایالتی (شرکای CSD) و شرکت خدمات عمومی (آب، برق و ...) و پیمانکاران آن می‌دهم تا اطلاعات مربوط به حساب خدمات عمومی خانوارم، مصرف انرژی و/یا سایر اطلاعات لازم برای ارائه خدمات و مزایا به من را — مطابق آنچه در انتهای فرم توضیح داده شده است — به اشتراک بگذارند. دوره اعتبار رضایت من از 24 ماه قبل از تاریخ امضاشده در زیر شروع می‌شود و تا 36 ماه پس از آن ادامه می‌یابد. متوجه هستم که اگر درخواست من برای مزایا یا خدمات LIHEAP (برنامه کمک‌هزینه انرژی برای خانواده‌های کم‌درآمد) DOE/ (اداره انرژی) رد شود، یا اگر پاسخ بی‌موقعی دریافت کنم یا چنانچه عملکرد رضایت‌بخش نباشد، می‌توانم به ارائه‌دهنده خدمات محلی درخواست تجدیدنظر کتبی بدهم و درخواست تجدیدنظر من حداکثر تا 15 روز پس از دریافت درخواست تجدیدنظر بررسی خواهد شد. اگر از تصمیم ارائه‌دهنده خدمات محلی راضی نباشم، می‌توانم پیرو "عنوان 22، بخش 100805 مجموعه مقررات کالیفرنیا"، به اداره توسعه و خدمات اجتماعی (Department of Community Services and Development) درخواست تجدیدنظر ارائه دهم. در صورت لزوم، بدین‌وسیله اجازه نصب تجهیزات مقاوم‌سازی در برابر عوامل آب‌وهوایی در محل سکونت خود را — که هیچ هزینه‌ای برای من ندارد — می‌دهم. اینجانب — مقید به قانون مجازات شهادت دروغ — اعلام می‌کنم که اطلاعات درج‌شده در این درخواست درست و صحیح است و وجوه دریافتی صرفاً برای پرداخت هزینه‌های قبوض انرژی من استفاده خواهد شد.

X

*** امضای متقاضی ***

تاریخ

نام سازمان: توسعه و خدمات اجتماعی (CSD). واحد مسئول نگهداری: برنامه کمک‌هزینه انرژی خانگی (HEAP). مقام مسئول: در بخش (a) 16367.6 آیین‌نامه دولتی، CSD به‌عنوان سازمان مسئول مدیریت HEAP ذکر شده است. هدف: اطلاعاتی که ارائه می‌دهید برای تصمیم‌گیری در مورد واجد شرایط بودن شما برای پرداخت LIHEAP و/یا خدمات مقاوم‌سازی در برابر عوامل آب‌وهوایی استفاده می‌شود. دادن اطلاعات: این برنامه داوطلبانه است. اگر تصمیم بگیرید که برای این کمک‌هزینه درخواست دهید، باید تمام اطلاعات موردنیاز را ارائه دهید. اطلاعات دیگر: CSD از تعاریف آماری به‌روزرسانی سالانه دستورالعمل‌های فقر درآمد فدرال، درآمد متوسط ایالتی مربوط به وزارت بهداشت و خدمات انسانی برای تعیین واجد شرایط بودن برنامه استفاده می‌کند. در حین رسیدگی به درخواست، ممکن است پیمانکار فرعی تعیین‌شده از سوی CSD نیاز به درخواست اطلاعات بیشتر از شما برای تصمیم‌گیری در مورد واجد شرایط بودن شما برای هر یک از برنامه‌ها یا هر دو برنامه داشته باشد. دسترسی: پیمانکار فرعی تعیین‌شده از سوی CSD درخواست تکمیل‌شده شما و سایر اطلاعات را، در صورت استفاده، برای تعیین واجد شرایط بودن شما نگهداری خواهد کرد. شما حق دسترسی به تمام سوابق حاوی اطلاعات مربوط به خود را دارید. CSD در ارائه خدمات بر اساس نژاد، عقیده مذهبی، رنگ پوست، ملیت، اصل‌ونسب، معلولیت جسمی، معلولیت ذهنی، وضعیت پزشکی، وضعیت تأهل، جنس، سن یا گرایش جنسی، تبعیض قائل نمی‌شود.

متقاضی: اطلاعات زیر را پر نکنید. این بخش را فقط باید مسئول مربوطه تکمیل کند.

کمک‌هزینه خدمات عمومی تحت کدام برنامه ارائه می‌شود ← HEAP Fast Track HEAP WPO ECIP WPO

مزایای پایه \$ _____ تکمیلی \$ _____ کل مزایا \$ _____

کل هزینه انرژی \$ _____ بار هزینه‌های انرژی _____

خدمات انرژی پس از قطع شدن دوباره وصل شده است: بله خیر از قطع خدمات انرژی جلوگیری شده است: بله خیر

خانه برای WX ارجاع داده شده است: اقدامات مقاوم‌سازی در برابر عوامل آب‌وهوایی قبلاً برای خانه انجام شده است:

نام(ها) و نشانی پستی صاحب حساب

نام صاحب حساب		
نشانی پستی صاحب حساب (خیابان)		شماره واحد (در صورت وجود)
(شهر)	ایالت	کدپستی
آیا نشانی محل ارائه خدمات عمومی (آب، برق و ...) با نشانی پستی صاحب حساب یکی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
نام کامل متقاضی مزایا (از فرم 43)		
نشانی محل خدمات عمومی (خیابان)		شماره واحد (در صورت وجود)
(شهر)	ایالت CA	کدپستی

اطلاعات خدمات عمومی (آب، برق و ...)

لطفاً نام شرکت خدمات عمومی و شماره حساب خدمات خود را در زیر وارد کنید (می‌توانید شماره حساب را در قبض خود پیدا کنید). اگر شرکت‌های مختلفی خدمات برق و گاز شما را ارائه می‌دهند، لطفاً نام و شماره حساب هر دو شرکت خدمات عمومی را وارد کنید.

نام شرکت خدمات عمومی	شماره حساب خدمات
نام شرکت خدمات عمومی (اگر دو شرکت خدمات عمومی به شما خدمات می‌دهند)	شماره حساب خدمات

مجوز و رضایت

با امضای این فرم، شما (صاحب حساب) اجازه و رضایت (مجوز) خود را به CSD، پیمانکاران، مشاوران، سایر سازمان‌های فدرال یا ایالتی (شرکای CSD) و شرکت خدمات عمومی (آب، برق و ...) خود و پیمانکاران آن می‌دهید تا اطلاعات مربوط به حساب خدمات عمومی ملک شما، داده‌های مصرف‌کننده و مصرف انرژی، و سایر اطلاعات موردنیاز را در دوره‌ای به اشتراک بگذارد که شروع آن از 24 ماه قبل از تاریخ امضاشده در زیر است و تا 36 ماه پس از آن ادامه می‌یابد. اطلاعاتی که اجازه کسب و اشتراک‌گذاری آن را به ما می‌دهید، برای مقاصد ارزیابی مصرف انرژی خانگی ذی‌نفعان برنامه استفاده می‌شود تا CSD بتواند: الف) اثربخشی خدماتی را که ارائه می‌دهیم با تعیین میزان کاهش قبض‌های خدمات عمومی و میزان کاهش انتشار کربن (آلودگی هوا) توسط خدمات ما را بسنجد و ب) این نتایج را به مقامات فدرال و ایالتی - که برنامه‌های کمک‌هزینه انرژی در کالیفرنیا را تأمین مالی و بر آنها نظارت می‌کنند - گزارش دهد. CSD، پیمانکاران، مشاوران، سایر سازمان‌های فدرال یا ایالتی و برنامه‌های وابسته (شرکای CSD)، که با شرکت خدمات عمومی شما و پیمانکاران آن همکاری می‌کنند، از این اطلاعات برای ارائه خدماتی استفاده می‌کنند که به خانواده‌های کم‌درآمد، مانند متقاضی، کمک می‌کنند تا هزینه‌های مربوط به قبوض انرژی خود را پرداخت و آن نیازهای انرژی را برای مقاصد ذکر شده در این مجوز مدیریت کنند.

امضای صاحب حساب	تاریخ	نام پیمانکار/سازمان شریک CSD
-----------------	-------	------------------------------

لغو مجوز و رضایت

شما موافقت می‌کنید که رضایت شما به مدت 36 ماه از تاریخی که این مجوز را امضا می‌کنید به قوت خود باقی خواهد ماند، مگر اینکه با اطلاعیه کتبی ارسال‌شده به نشانی زیر لغو شود: CSD Energy & Environmental Services Division, 2389 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833. لغو رضایت به محض دریافت اجرایی خواهد شد، اما در مورد هیچ‌یک از اطلاعاتی که در مدت معتبر بودن این مجوز به اشتراک گذاشته شده است اعمال نخواهد شد.

برنامه‌های قابل اجرا

برخی از برنامه‌هایی که CSD بر آنها نظارت می‌کند یا در آنها شراکت دارد عبارت‌اند از:

- برنامه فدرال کمک‌هزینه انرژی خانگی CSD برای خانواده‌های کم‌درآمد (LIHEAP)
- برنامه اداره انرژی فدرال CSD برای کمک‌هزینه مقاوم‌سازی در برابر عوامل آب‌وهوایی (DOE WAP)
- برنامه ایالتی مقاوم‌سازی در برابر عوامل آب‌وهوایی برای خانواده‌های کم‌درآمد (LIWP)
- برنامه "وزارت مسکن و توسعه شهری ایالات متحده" (HUD) با عنوان کنترل خطر سرب و خانه‌های سالم
- برنامه کمک‌هزینه صرفه‌جویی‌های انرژی شرکت خدمات عمومی (ESA)
- برنامه نرخ‌های جایگزین شرکت‌های خدمات عمومی کالیفرنیا برای انرژی (CARE)

گواهی درآمد و هزینه‌ها

از شما درخواست می‌شود که این فرم را تکمیل کنید، زیرا درخواست کمک هزینه کرده‌اید و اعلام کرده‌اید که کل اعضای خانوار شما نمی‌توانند مدارک درآمد را ارائه کنند. ایالت کالیفرنیا از متقاضی می‌خواهد که تمام منابع درآمد خود را اعلام کند. این فرم به ما کمک می‌کند بفهمیم چگونه هزینه‌هایتان را تأمین می‌کنید. لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل کنید:

نام و نشانی	
نام:	
نشانی:	

بخش 1: آیا منابع درآمدی دارید که فراموش کرده‌اید اعلام کنید؟		
بله	خیر	آیا در ماه گذشته به‌صورت پاره وقت مشغول به کار بوده‌اید؟
بله	خیر	آیا در ماه گذشته به‌صورت خویش‌فرمایی مشغول به کار بوده‌اید؟
بله	خیر	آیا در طول ماه قبل برای کاری که هر چند وقت یکبار انجام می‌دهید، مانند باغبانی، مراقبت از کودک، اهدای خون و غیره پول دریافت کرده‌اید؟
بله	خیر	آیا در طول ماه گذشته از کسی هدیه نقدی دریافت کرده‌اید؟ اگر پاسخ مثبت است، لطفاً نام و شماره تلفن شخصی را که به شما هدیه داده است ذکر کنید:
بله	خیر	آیا در طول ماه قبل یکی از موارد زیر را دریافت کرده‌اید: (دور هر موردی که صدق می‌کند خط بکشید)
		جبران خسارت کارگر
		بیمه بیکاری
		مزایای تحت حمایت دولت
		کمک هزینه حمایت از کودکان
بله	خیر	آیا موارد زیر را دریافت می‌کنید (دور هر موردی که صدق می‌کند خط بکشید)
		پرداخت مستمری
		حقوق بازنشستگی
		پرداخت‌های کازینوی قبیله‌ای
		درآمد حاصل از اجاره
		مزایای بیمه

در صورت نیاز، مهر دفتر اسناد رسمی در زیر زده شود (فقط DOE) یا از مدیر اجرایی بخواهید این قسمت را امضا کند

بخش 2: آیا برای پوشش دادن هزینه‌های ماهانه خود از پس‌اندازان خرج می‌کنید یا پول قرض می‌کنید؟		
بله	خیر	آیا از پس‌انداز یا وام رهنی خانه استفاده می‌کنید؟ چه مقدار؟
بله	خیر	آیا از دارایی دیگری استفاده می‌کنید؟ چه مقدار؟
بله	خیر	آیا از کارت اعتباری قرض می‌گیرید؟ چه مقدار؟
بله	خیر	آیا از منبع دیگری قرض می‌گیرید؟ چه مقدار؟

بخش 3: لطفاً به ما بگویید که این هزینه‌های ماهانه را در ماه‌های گذشته چگونه پرداخت کرده‌اید:			
هزینه	هزینه ماهیانه	هزینه چگونه پرداخت شده است؟	اگر شخص دیگری از عوض شما پرداخت می‌کند، لطفاً این قسمت را تکمیل کنید:
اجاره یا رهن	\$	نام:	تلفن:
		نشانی:	
قبض‌های خدمات عمومی (آب، برق و ...)	\$	نام:	تلفن:
		نشانی:	
غذا	\$	نام:	تلفن:
		نشانی:	

بخش 4: اگر هیچ‌یک از موارد فوق در مورد شما صدق نمی‌کند، لطفاً نحوه پرداخت هزینه‌های ماهانه خود را توضیح دهید:

امضا:

با امضای این فرم، تأیید می‌کنم که از نظر من این حقایق دقیق و درست هستند. من اجازه تأیید این اطلاعات را به ارائه‌دهنده خدمات می‌دهم. ممکن است بر اساس قانون فدرال یا ایالتی به‌دلیل ارائه آگاهانه اظهارات غلط یا متقلبانه محکوم شناخته شوم.