

Preguntas Frecuentes

Que es LIHEAP?

LIHEAP es un programa financiado con fondos federales que brinda asistencia a hogares de bajos ingresos para pagar su factura de electricidad/gas natural. LIHEAP también puede ayudar con servicios de climatización a hogares elegibles.

¿Cómo me ayuda LIHEAP a mi?

LIHEAP puede otorgar un beneficio de pago único, por año calendario, pagado por el Estado de California, al proveedor de sus servicio(s) públicos.

Soy elegible para un beneficio de LIHEAP?

La elegibilidad se basa en el ingreso mensual bruto del hogar solicitante, sin exceder el límite de ingreso federal de LIHEAP. Además, la ley federal exige que los fondos LIHEAP sean destinados a hogares de altos costos de energía, con prioridad a hogares con mayores (60+ años), personas con discapacidades y/o niños de cinco años o menos.

AVISO ESPECIAL PARA 2024

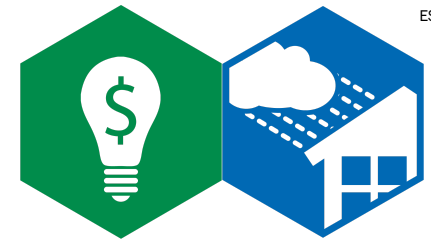
Debido a fondos limitados y una gran demanda para beneficios de LIHEAP, está vigente un plan prioritario para atender a hogares con la necesidad más crítica. Le recomendamos presentar su solicitud, pero no podemos garantizar que recibirá un beneficio, aunque cumpla con las pautas/límite de ingreso(s).

Recursos Adicionales

PROVEEDORES DE ENERGÍA - CONDADO DE ALAMEDA	
<p><u>Pacific Gas & Electric Company (PG&E)</u> PGE.com ♦ 800-743-5000</p> <p>Ahorra dinero con los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CARE/FERA ● REACH ● Medical ● Green Saver Program Baseline ● Arrearage Management Plan 	
<p><u>Alameda Municipal Power</u> (solo para residentes de Alameda) AlamedaMP.com ♦ 510-748-3900</p> <p>Ahorra dinero con los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Project ● Energy Assistance EASE Program (EAP) 	
<p><u>Ava Community Energy (formerly EBCE)</u> AvaEnergy.org ♦ 833-699-3223</p>	

Otros programas de Spectrum para mayores (60+)

Comidas para Mayores	Comidas en persona para personas activas, 60+, condados norte/sur y central del Condado de Alameda.
Comidas Mobil	Comidas a domicilio a Dublin, Livermore, Pleasanton, y Sunol.
Prevenir caidas	Clases virtuales y en persona en los condados norte y central a fin de educar a mayores en maneras de prevenir caídas
Conecta	Chequeos de bienestar, llamadas y visitas amigables para ayudar a combatir la soledad social.



Cómo aplicar para el Programa de Asistencia Energética Para Hogares de Bajos Ingresos

LIHEAP

Un guia paso-a-paso para Residentes del Condado de Alameda interesados en aplicar para LIHEAP

Somete tu aplicación...

En linea: CALIHEAPApply.com

— 0 —

Por correo:

Spectrum Community Services
LIHEAP
PO Box 4317
Hayward, CA 94540-4317



510-881-0300

SpectrumCS.org

Pasos para aplicar para LIHEAP:

1. **Completar todo** el formulario de aplicación. Llame a Spectrum para una aplicación.
2. **Haga copias** de los documentos requeridos. Los originales no le serán devueltos.
3. Someter la **aplicación completa** con todos los documentos requeridos por correo, o aplicar en línea por CALIHEAPAPPLY.com.
4. Esperar estatus/respuesta por correo o email.

Documentos Requeridos

Su aplicación **DEBE** incluir lo siguiente:

- ★ Formulario de Aplicación **COMPLETO**
- ID oficial, con foto, del aplicante
- ◆ Prueba de Costos de Energía
- Documentos de ingreso de **TODO** el hogar

NO ENVIAR DOCUMENTOS ORIGINALES.
No le serán devueltos.

Guia de Ingreso 2024

Tamaño de Hogar	Máximo Ingreso Mensual (bruto)
1	\$2,882.83
2	\$3,769.83
3	\$4,656.83
4	\$5,543.92
5	\$6,430.92
6	\$7,317.92
7	\$7,484.25
8	\$7,650.58
9	\$7,816.92
10	\$7,983.17

Su hogar **no puede exceder la guía de ingreso

Excepción: Hogares con mínimo de una persona actualmente recibiendo **CalFresh y/o CALWORKS son exentos de la guía de ingreso. **Prueba de este beneficio debe ser incluido con su aplicación.**

Ejemplos de Documentos Aceptables

● ID oficial con foto ●

ID expirada hasta un año es aceptable*

- ID estatal o de tribu
- Permiso de conductor
- Pasaporte o tarjeta de pasaporte de USA
- ID militar propia o de dependiente militar (frente y dorso)
- Tarjeta de Residente Permanente Legal (Mica)
- Certificado de Ciudadanía/Naturalización.

*Mayores de 60+ exentos de este requisito

Solo 1 tipo se ocupa

■ DOCUMENTOS DE INGRESOS ■

Debe ser otorgado dentro de 30 días de su aplicación.
SOLO ENVIAR COPIAS.

Si usted recibe:	Someter COPIAS de:
Salario/ Ingreso Ganado (mayores 18+)	Talones de cheque de <u>un mes</u> (semanal = 4 talones, bi-semanal = 2 talones), o carta/historial del empleador con el salario bruto, con el periodo/fechas.
SSA/SSDI, SSI/SSP, beneficios de veteranos	Cheque/historial bancario (indicando depósito directo) o carta de beneficio
Pensiones, Aнуalidades, IRAS	Carta de Beneficio de Vida, talón de cheque, o carta de beneficio actual.
CalWORKS**/GA	Aviso de Acción, carta de verificación, historial, copia de cheque/historial de banco (con depósito directo).
Compensación al Trabajador Incapacidad, Desempleo	Talón de cheque, historial de pagos o carta de beneficio.
Manutención de menores, esposo(a), Individual	Orden de la corte, cheque, o carta firmada y fechada del proveedor de manutención.
Autoempleo	Historial (un mes) reciente, forma 1040 firmado y fechado, con Schedule 1 y C.
Otro	Carta escrita de trabajos variados/ocasionales incluyendo cantidades y fechas, recibos actuales de reciclaje de materiales.

AVISO ESPECIAL Debido a fondos limitados y alta demanda un plan prioritario está en efecto. Algunos hogares cuales ingresó califican pueden ser negados.

NOTE: Existe un periodo de proceso de mínimo 8-10 semanas antes que el beneficio se refleje en su cuenta de utilidades.

Por favor **NO DEJE** de pagar sus facturas.

NO INGRESOS?

Hogares que no tienen, o no pueden, proveer prueba de ingreso **deben completar** la forma CSD43B Certificación de Ingreso y Gasto (adjunta) No requerido si su hogar provee documentación de ingreso (**incluyendo verificación de CalFresh actual**).

¿Ocupa letra grande? → SpectrumCS.org



El Programa de **Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)** provee un beneficio hacia su factura de energía una vez por año a hogares de bajos ingresos elegibles. Favor de completar ambos lados de este formulario para aplicar para LIHEAP.

Debido a fondos limitados y una alta demanda para LIHEAP, un PLAN PRIORITARIO está vigente. Hogares elegibles podrían ser negados.

Nombre:		Inicial:		Apellido:																					
Domicilio Postal:			Numero de Unidad:		¿Es dueño o alquila su vivienda? <input type="radio"/> Dueño <input type="radio"/> Alquilero																				
Ciudad:		Condado:		Estado:																					
				Código Postal:																					
Domicilio De Servicio (donde vive el aplicante): <input type="radio"/> Mismo de arriba (No use apartado postal/P.O. Box)					Numero de Unidad:																				
Ciudad (en que recibe el servicio):		Condado: <i>ALAMEDA</i>		Estado: <i>CALIFORNIA</i>																					
				Código Postal:																					
¿Ha vivido en el domicilio de servicio durante los últimos 12 meses? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Correo Electrónico:		Teléfono de Casa: Teléfono Móvil: ¿Puede recibir mensajes de texto? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																					
				¿Mejor tiempo para llamarle? <input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche																					
Número de Seguro Social del Apicante:			Fecha de Nacimiento del Apicante																						
<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table>													<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table>												
Ingresos			Miembros del Hogar																						
Total número de personas en el hogar que reciben ingresos: <input style="width: 50px;" type="text"/>			Total número de personas viviendo en el hogar incluyendo el aplicante: <input style="width: 50px;" type="text"/>																						
¿Alguien en su hogar actualmente recibe CalFresh? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																									
Indicar el ingreso total mensual BRUTO para todas las personas viviendo en el hogar. <u>Debe enviar copias de los comprobantes de ingreso.</u>			Cuantas personas en su hogar son:																						
Sueldo/Talones de Pago \$ _____			0-2 años _____																						
SSA/SSDI/SSI/SSP/CAPI, Beneficios de Veteranos \$ _____			3-5 años _____																						
Pensión/Anualidad/IRAs \$ _____			6-18 años _____																						
TANF/CalWORKS/GA/GR \$ _____			19-59 años _____																						
Compensación al Trabajador, Beneficio de Discapacidad, Desempleo \$ _____			60-69 años _____																						
Manutención de hijos, esposa(o), individual \$ _____			70+ años _____																						
Empleo Propio \$ _____			Discapacitados _____																						
TOTAL \$ _____			Americano Nativo _____																						
			Ingles Limitado _____																						
			Campesinos Temporales _____																						
Información de Cuenta de Energía																									
¿A cuál factura desea aplicar su beneficio de LIHEAP? <input type="radio"/> Gas Natural <input type="radio"/> Electricidad <input type="radio"/> Madera <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Aceite Combustible <input type="radio"/> Queroseno																									
Nombre de compañía: _____																									
Número de cuenta: _____																									
¿Es usted el titular de la cuenta? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																									
Sus utilidades son incluidas en la renta o sub-medidas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																									
Combustible <u>principal</u> que usa para calentar su casa? (seleccione solo uno)																									
<input type="radio"/> Gas Natural <input type="radio"/> Electricidad <input type="radio"/> Madera <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Aceite Combustible <input type="radio"/> Queroseno																									
Combustible secundario (si alguno) para calentar su casa? (seleccione todo el que corresponda)																									
<input type="radio"/> Gas Natural <input type="radio"/> Electricidad <input type="radio"/> Madera <input type="radio"/> Propano <input type="radio"/> Aceite Combustible <input type="radio"/> Queroseno																									
Servicio Eléctrico																									
Sus utilidades son todas eléctricas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																									
Su electricidad está actualmente desconectada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																									
Servicio de Gas Natural																									
Su Compañía de Electricidad es la misma que su Compañía de Gas Natural? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																									
Su servicio de Gas Natural esta desconectado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																									
Propano, Madera, Servicio de Aceite Combustible																									
¿Está usted actualmente sin combustible? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																									
¿Aproximadamente cuántos días le quedan de combustible? _____ Días																									
Internal use: Intake Date _____ Certification Date _____		Revised: 06.24.24 Discontinuation of energy services prevented? Yes / No Energy service restored after disconnection? Yes / No																							

MIEMBROS DEL HOGAR

Complete los campos a continuación para todos los miembros del hogar. Si hay más de 8 personas en su hogar, indique la información en otro papel.

	Nombre, Inicial, Apellido	Relación con el Aplicante	Fecha de Nacimiento	Ingreso Mensual	Fuente de Ingreso	Sexo	Raza	Etnicidad
1.		USTED MISMO				<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder	<input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder	Hispano/Latino? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder
2.						<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder	<input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder	Hispano/Latino? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder
3.						<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder	<input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder	Hispano/Latino? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder
4.						<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder	<input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder	Hispano/Latino? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder
5.						<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder	<input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder	Hispano/Latino? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder
6.						<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder	<input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder	Hispano/Latino? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder
7.						<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder	<input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder	Hispano/Latino? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder
8.						<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No responder	<input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="radio"/> Desconocido/No responder	Hispano/Latino? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido/No responder

La información que aparece en esta solicitud se utilizará para determinar y verificar si cumplo 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. *LIHEAP/DOE Intake Form (Rev.10/2022)

Firma del Apicante

Fecha

Firma del Testigo (si firmó con una X)

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.

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**

Este formulario debe ser completado solamente cuando el solicitante de LIHEAP no es el titular de la cuenta

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