



LOW INCOME HOUSEHOLD WATER ASSISTANCE PROGRAM (LIHWAP)

PROGRAM EXPIRES AUGUST 2023

*Helping Alameda County residents pay on their water/wastewater account with:
Alameda County Water District (ACWD) • California Water Service • Castro Valley Sanitary District
City of Pleasanton • Dublin San Ramon Services District • East Bay Municipal Utility District (EBMUD)
Hayward Water System • Livermore Municipal Water*

Completed application must include:

- Complete application (all forms must be completed and signed).
- Copy of **all pages** of water and/or wastewater bill. (Bills from Castro Valley Sanitary District and Dublin San Ramon Services District must be overdue; all others can be current bills.)
- Proof of income for all adults 18 years or older living in the dwelling; **OR** form CSD 43B Certification of Income & Expense is required for all adults listed on the application who **DO NOT** or **CANNOT** submit proof of income.
- Copy of government-issued ID.

MAIL the completed application with **REQUIRED DOCUMENTS** to:

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

510-881-0300

DO NOT USE WHITE-OUT



LIHWAP Eligibility Applicant Agreement

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.

If you or anyone in your household are recipients of CalWorks or CalFresh, or have received LIHEAP assistance within the last 120 days, you are eligible to receive LIHWAP assistance **with current documentation**. See Application Checklist for details.

Eligibility is based on the household's total monthly income, which cannot exceed the 2023 Low Income Guidelines listed below. This chart shows the gross income guidelines for this program:

*2023 LIHWAP Monthly Gross Income Guidelines**

HOUSEHOLD SIZES	MONTHLY PRE-TAX INCOME
1	\$2,700.17
2	\$3,531.00
3	\$4,361.83
4	\$5,192.75
5	\$6,023.59
6	\$6,854.43
7	\$7,010.21
8	\$7,166.00
9	\$7,321.78
10	\$7,477.56

*Monthly gross income means before any deductions including taxes.

Please remember LIHWAP is not an entitlement program. Spectrum also offers energy and weatherization services to help households lower their utility bills. All applicants are encouraged to continue paying on their utility bills.

I understand and have read the LIHWAP Eligibility Agreement above.

Signature

Date

QUESTIONS? Please visit our website SpectrumCS.org, or call us at (510) 881-0300

إدارة الخدمات المجتمعية والتنمية

استمارة المُنضمين لبرنامج الإعانة في دفع تكاليف الماء للأسر منخفضة الدخل (LIHWAP)

CSD 41 (04/2022)

للاستخدام الرسمي فقط:		A.C.C.		تاريخ التحاق المنضمين:		الحروف الأولى من المُنضمين للبرنامج:		الوكالة:	
تاريخ الميلاد	اسم العائلة	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول		عنوان الخدمة – العنوان الذي تعيش فيه (لا يمكن أن يكون صندوق البريد)		رقم الوحدة		عنوان الخدمة
يوم/شهر/سنة	ولاية الخدمة	مقاطعة الخدمة	رمز البريدي الخاص بالخدمة	مدينة الخدمة	هل عنوان الخدمة هو نفسه عنوان المراسلات البريدية؟		هل منزلك تملك أم إيجار؟		عنوان المراسلات البريدية
رقم الوحدة	ولاية المراسلات البريدية	مقاطعة المراسلات البريدية	رمز البريدي الخاص بالمراسلات البريدية	مدينة المراسلات البريدية	رقم التأمين الاجتماعي (SSN):		عنوان البريد الإلكتروني:		
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	رقم الهاتف: ()								
لا <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/>									

عدد أفراد الأسرة		الدخل	
أدخل العدد الإجمالي لأفراد الأسرة، بما فيهم أنت.		أدخل العدد الإجمالي للأفراد الذين يحصلون على دخل	
←		←	
الخصائص السكانية: أدخل عدد أفراد الأسرة الذين:		دخل مجموع الدخل الشهري الإجمالي لجميع أفراد الأسرة:	
سن (0 – عامين)	المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) / برنامج CalWORKs	دولار	
سن (3 – 5 أعوام)	برنامج دخل الضمان التكميلي (SSI)/البرنامج التكميلي بالولاية (SSP)	دولار	
سن (6 – 18 أعوام)	وكالة الخدمات الاجتماعية (SSA) / دخل الضمان الاجتماعي للمعاقين (SSDI)	دولار	
سن (19-59)	الراتب الشهري (الرواتب الشهرية)	دولار	
سن (60 فما فوق)	الفائدة	دولار	
مُعاق	التقاعد	دولار	
أمريكي أصلي	أخرى	دولار	
عمال المزارع الموسمية أو المهاجرين	إجمالي الدخل الشهري	دولار	

أفراد الأسرة			
أدخل البيانات أدناه لجميع أفراد الأسرة.			
إذا تجاوز عدد أفراد أسرتك 7 أشخاص، يُرجى كتابة المعلومات على ورقة منفصلة.			
مقدم الطلب (فرد الأسرة رقم 1)			
الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة	العلاقة بمقدم الطلب نفسه
تاريخ الميلاد:	العرق:	من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/>	إسباني-لاتيني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/>
النوع:		أسود أو أمريكي من أصول أفريقية <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		أحد سكان هاواي الأصليين/جزر المحيط الهادئ الآخر <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/>	غير معروف/رفض ذكر ذلك <input type="checkbox"/>
		متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك <input type="checkbox"/>	غير معروف/رفض ذكر ذلك <input type="checkbox"/>
المبلغ الإجمالي للدخل الشهري (قبل الضرائب):		مصدر الدخل:	

فرد الأسرة رقم 2			
العلاقة بمقدم الطلب	اسم العائلة	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول
إسباني-لاتيني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	<input type="checkbox"/> من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أميركي من أصول أفريقية <input type="checkbox"/> أحد سكان هاواي الأصليين/جزر المحيط الهادئ الآخر <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	تاريخ الميلاد:	
		النوع: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	
مصدر الدخل:		المبلغ الإجمالي للدخل الشهري (قبل الضرائب):	

فرد الأسرة رقم 3			
العلاقة بمقدم الطلب	اسم العائلة	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول
إسباني-لاتيني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	<input type="checkbox"/> من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أميركي من أصول أفريقية <input type="checkbox"/> أحد سكان هاواي الأصليين/جزر المحيط الهادئ الآخر <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	تاريخ الميلاد:	
		النوع: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	
مصدر الدخل:		المبلغ الإجمالي للدخل الشهري (قبل الضرائب):	

فرد الأسرة رقم 4			
العلاقة بمقدم الطلب	اسم العائلة	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول
إسباني-لاتيني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	<input type="checkbox"/> من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أميركي من أصول أفريقية <input type="checkbox"/> أحد سكان هاواي الأصليين/جزر المحيط الهادئ الآخر <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	تاريخ الميلاد:	
		النوع: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	
مصدر الدخل:		المبلغ الإجمالي للدخل الشهري (قبل الضرائب):	

فرد الأسرة رقم 5			
العلاقة بمقدم الطلب	اسم العائلة	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول
إسباني-لاتيني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	<input type="checkbox"/> من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أميركي من أصول أفريقية <input type="checkbox"/> أحد سكان هاواي الأصليين/جزر المحيط الهادئ الآخر <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	تاريخ الميلاد:	
		النوع: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	
مصدر الدخل:		المبلغ الإجمالي للدخل الشهري (قبل الضرائب):	

فرد الأسرة رقم 6			
العلاقة بمقدم الطلب	اسم العائلة	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول
إسباني-لاتيني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	<input type="checkbox"/> من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أميركي من أصول أفريقية <input type="checkbox"/> أحد سكان هاواي الأصليين/جزر المحيط الهادئ الآخر <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	تاريخ الميلاد:	
		النوع: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	
مصدر الدخل:		المبلغ الإجمالي للدخل الشهري (قبل الضرائب):	

فرد الأسرة رقم 7			
------------------	--	--	--

العلاقة بمقدم الطلب	اسم العائلة	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأول
إسباني-لاتيني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	<input type="checkbox"/> من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أميركي من أصول أفريقية <input type="checkbox"/> أحد سكان هاواي الأصليين/جزر المحيط الهادئ الآخر <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك	العرق:	تاريخ الميلاد: النوع: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> غير معروف/رفض ذكر ذلك
مصدر الدخل:		المبلغ الإجمالي للدخل الشهري (قبل الضرائب):	

هل تتلقى أنت أو أحد أفراد أسرتك حالياً CalFresh (طوابع الطعام)؟ نعم لا

هل تتلقى أنت أو أحد أفراد أسرتك حالياً برنامج CalWorks (مساعدات نقدية)؟ نعم لا

هل تلقيت أنت أو أحد أفراد أسرتك مساعدة برنامج مساعدات الطاقة منخفضة الدخل الرئيسية (LIHEAP) خلال الـ 120 يوماً الماضية؟ نعم لا

دفع الفواتير
على أي فاتورة، تُضاف بيانات ضريبة الممتلكات، (اختر واحدة فقط) هل تريد تطبيق ميزة LIHEAP؟ (أرفق نسخة كاملة من أحدث فاتورة أو إيصال)
 فاتورة المياه فاتورة مياه الصرف فاتورة المياه ومياه الصرف مجموعة في فاتورة واحدة

أدخل شركة المياه/مياه الصرف ورقم الحساب:
اسم الشركة: _____ حساب رقم: _____

هل خدمة المرافق مغلقة؟ نعم لا

هل لديك إشعار مستحق متأخر أو رصيد مستحق متأخر على فاتورتك؟ نعم لا

هل تكلفة المرافق الخاصة بك مشمولة في الإيجار أم حسب الاستهلاك الفردي؟ نعم لا

سيتم استخدام المعلومات الواردة في استمارة الطلب هذه لتحديد أهليتي للحصول على مساعدة والتحقق من ذلك. من خلال التوقيع أدناه، فأنا أعطي موافقتي (الأذن) لوكالة الخدمات المجتمعية والتنمية (CSD)، ومتعاقدتها ومستشاريها وغيرها من الوكالات الفيدرالية والحكومية (شركاء CSD) ولشركة المرافق الخاصة بي ومتعاقدتها، بمشاركة المعلومات حول حساب المرافق الخاص بأسرتي و/أو أي معلومات أخرى لازمة لتقديم الخدمات والمزايا لي على النحو المبين في نهاية الاستمارة. وأفهم إذا رفض طلبتي للحصول على مزايا أو خدمات LIHWAP، أو إذا تلقيت ردًا مفاجئًا أو غير مرض، يجوز لي الشروع في تقديم استئناف خطي لمزود الخدمات المحلي، وسيراجع طلب الاستئناف الخاص بي في غضون مدة لا تتجاوز 15 يومًا بعد استلام الاستئناف. إذا لم أكن راضيًا بقرار مزود الخدمات المحلي، يجوز لي حينئذ تقديم طلب الاستئناف لوزارة الخدمات المجتمعية والتنمية وفقًا للمادة 22 من قانون اللوائح في كاليفورنيا، القسم 100805. أقر، وأتحمل عقوبة الحنث باليمين، بأن المعلومات الواردة في هذا استمارة الطلب هذه حقيقية وصحيحة وأن الأموال المستلمة ستستخدم فقط بغرض دفع تكاليف المياه الخاصة بي أو مياه الصرف.

X	***توقيع مقدم الطلب***	التاريخ
----------	-------------------------------	---------

اسم الوكالة: وكالة الخدمات المجتمعية والتنمية (CSD). الوحدة مسؤولة عن الصيانة: برنامج مساعدات الطاقة منخفضة الدخل الرئيسية (LIHEAP). السلطة: قانون الحكومة قسم 12087.2 (ب) أسماء وكالة CSD لأن الوكالة مسؤولة عن إدارة LIHEAP. الغرض: ستستخدم المعلومات التي تقدمها لاتخاذ قرار بما إذا كنت مؤهلاً لـ LIHEAP. إعطاء معلومات: هذا البرنامج تطوعي. إذا اخترت التقدم للمساعدة، يتعين عليك إعطاء كل المعلومات المطلوبة. معلومات أخرى: تستخدم وكالة CSD التعريفات الإحصائية من التحديث السنوي لمتوسط دخل الولاية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة، والإرشادات الفيدرالية بشأن الفقر في الدخل، لتحديد الأهلية للبرنامج. أثناء معالجة الطلب، قد يحتاج المتعاقد من الباطن المُعَيَّن من قِبل وكالة CSD إلى مطابقتك بمزيد من المعلومات لتحديد أهليتك. الوصول: سيحتفظ المتعاقد من الباطن المُعَيَّن من قِبل وكالة CSD بطبقتك المكتمل والمعلومات الأخرى، إذا تم استخدامها لتحديد أهليتك. لديك الحق في الوصول إلى جميع السجلات التي تحتوي على معلومات عنك. لا تميز وكالة CSD في تقديم الخدمات على أساس العرق أو العقيدة الدينية أو اللون أو الأصل القومي أو النسب أو الإعاقة الجسدية أو الإعاقة الذهنية أو الحالة الطبية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو السن أو التوجه الجنسي.

مقدم الطلب: تجنب ملء المعلومات الواردة أدناه. هذا القسم مخصص للاستخدام الرسمي فقط.

إجمالي مزايا LIHWAP بالدولار الأمريكي _____

إجمالي تكاليف المياه أو مياه الصرف (عن الأعباء المترتبة للحصول على المياه فقط) دولار أمريكي _____ الأعباء المترتبة للحصول على المياه _____

استعادة خدمات المياه بعد الانقطاع: نعم لا منع فصل خدمات المياه: نعم لا

تصديق الدخل والمصروفات

أنك مطالب بتكملة هذا النموذج لأنك طلبت مساعدة، وبيّنت بأن جميع أفراد أسرتك لا يمكنهم تقديم إثبات الدخل. تشترط ولاية كاليفورنيا على مقدم الطلب الإبلاغ عن كافة مصادر الدخل. سوف يساعدنا هذا النموذج في فهم كيفية تسديد نفقاتك. يرجى تكملة المعلومات التالية:

الاسم والعنوان	
الاسم:	
العنوان:	

القسم 1: هل توجد لديك مصادر دخل نسيت الإبلاغ عنها؟					
نعم	لا	خلال الشهر الماضي هل تم توظيفك بدوام جزئي؟			
نعم	لا	خلال الشهر الماضي هل عملت لحسابك الشخصي؟			
نعم	لا	خلال الشهر الماضي هل تلقيت النقود عن أي عمل قمت به من حين لآخر، مثل تنظيف الباحة، رعاية الطفل، التبرع بالدم، إلخ؟			
نعم	لا	خلال الشهر الماضي هل تلقيت أي هدايا نقدية من أي شخص؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر اسم الشخص الذي أعطاك الهدية ورقم هاتفه:			
نعم	لا	خلال الشهر الماضي هل تلقيت أي شيء مما يلي؟ (ارسم دائرة حول كل ما ينطبق)			
		تعويض العامل	البطالة	إعانات تحت رعاية حكومية	
		نفقة الطفل			
نعم	لا	هل تلقيت أي مما يلي (ارسم دائرة حول ما ينطبق):			
		دفعات كازينو عشائري	تقاعد	دفعات سنوية	
		إعانات التأمين	دخل الإيجار	إعانات التأمين	

ضع ختم كاتب العدل في أدناه، إذا لزم الأمر (DOE فقط) أو ضع توقيع المدير التنفيذي هنا.

القسم 2: هل تنفق مدخراتك أو تستدين المال لتغطية مصروفاتك الشهرية؟		
نعم	لا	هل تستخدم المدخرات أو قرض بضمان المنزل؟ ما هو المبلغ؟
نعم	لا	هل تستخدم بعض الأصول الأخرى؟ كم هو المبلغ؟
نعم	لا	هل تقترض من بطاقات ائتمان؟ كم هو المبلغ؟
نعم	لا	هل تقترض من مصدر آخر؟ كم هو المبلغ؟

القسم 3: الرجاء إعلامنا عن كيفية تسديد هذه المصروفات الشهرية خلال الأشهر السابقة			
المصرف	التكلفة الشهرية	كيف تم دفع المصروف؟	إذا دفع شخص آخر بدلا عنك، الرجاء أكمل:
الإيجار أو القرض المنزلي	\$		الاسم: العنوان: رقم الهاتف:
فواتير الخدمات العامة	\$		الاسم: العنوان: رقم الهاتف:
الطعام	\$		الاسم: العنوان: رقم الهاتف:

القسم 4: إذا لم ينطبق عليك أي مما جاء أعلاه، يرجى بيان كيف تم دفع المصروفات الشهرية:

التوقيع:

بالتوقيع على هذا النموذج، أؤكد بأن هذه الحقائق دقيقة وصحيحة. وأمنح مقدم الخدمة إذني للتحقق من هذه المعلومات. يمكن أن أكون مسؤولاً بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية لتزويد بيانات كاذبة أو مزورة.

التاريخ

التوقيع



ADDITIONAL RESOURCES

LIHWAP PARTICIPATING WATER SYSTEMS IN ALAMEDA COUNTY

- Alameda County Water District (ACWD) – website: ACWD.org • 510-668-4200
- California Water Service, Livermore District – website: Calwater.com • 925-447-4900
- Castro Valley Sanitary District – website: CVSan.org • 510-537-0757
- City of Pleasanton – website: CityOfPleasantonCA.gov • 925-931-5500
- Dublin San Ramon Services District – website: DSRSD.com • 925-828-01515
- East Bay Municipal Utility District (EBMUD) – website: EBMUD.com • 866-403-2683
- Hayward Water System – website: Hayward-CA.gov • 510-583-4600
- Livermore Municipal Water, California – website: LivermoreCA.gov • 925-960-4320

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

Utilities Assistance Programs

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) – Helping low-income families in Alameda County pay their PG&E or Alameda Municipal Power bills.

Low Income Household Water Assistance Program (LIHWAP) – Helping low-income families in Alameda County pay their water bills.

Weatherization Program (WX) – Helping low-income families in Alameda County weatherize their homes with energy-saving measures and appliances.

Seniors Programs (for all Alameda County residents who are 60 years old or older)

Senior Meals – Congregate meals for active seniors at a dozen locations throughout northern, central and southern Alameda County.

Meals on Wheels – Home-delivered meals in the Tri-Valley cities of Dublin, Pleasanton, Sunol, and Livermore.

Fall Prevention – Classes virtually and in-person throughout northern and central Alameda County for at-risk, low-income seniors to reduce and prevent falls that can lead to devastating health complications.

Connect – Wellness check-ins, reassurance calls and friendly visits to seniors in Alameda County to combat social isolation.

Please review this list carefully. Any missing documents will cause a delay in processing your application



APPLICATION CHECKLIST

Low Income Home Water Assistance Program

Please REMEMBER to submit:

- YOUR APPLICATION**
 - COPY OF ALL PAGES OF CURRENT WATER or WASTEWATER BILL**—If applying for both water and sewage bill assistance, both services must appear on the same bill, otherwise you must choose to apply to only one. Include any shut-off notices. (Bills from Castro Valley Sanitary District and Dublin San Ramon Services District must be past due.)
 - PROOF OF INCOME:** All adults 18 or older in the household must provide copies of current income documents. See common examples below:
 - a) **PROOF OF EMPLOYMENT INCOME** – Copy of consecutive pay statements or pay stubs within the last 30 days. If paid weekly, provide 4 consecutive stubs; if bi-weekly, provide 2.
 - b) **SSI/SSA** - 2023 award letters, most recent bank statements if received as direct deposit.
 - c) **EDD** - Last 4 weeks of pay stubs or payment history.
 - d) **GA (General Assistance)** – Copy of benefit or verification letter within the last 30 days.
 - e) **Loans** - If you are receiving monthly help from friends and relatives, provide a signed letter from the Lender with the specific amount, dates and their telephone numbers.
 - f) **Self-Employed** – Signed and dated copy of your 2022 Federal Income Tax forms 1040 Schedule 1 and Schedule C. (The 2021 version of these tax forms may be submitted only until, but not after, April 18, 2023.) If not available, a hand- or type-written copy of your ledger/journal within the last 30 days.
 - g) **Pensions, Annuities and IRAs** – Copy the Award Letter for the last 30 days or Lifetime Award Letter. Bank statements cannot be accepted.
 - h) **Child Support** – Recent copy of the child support notice from the court within the last 30 days or a signed and dated letter from the parent stating the monthly amount.
 - i) **EXCEPTIONS TO PROOF OF INCOME** – No proof of income is required if you or anyone in your household received LIHEAP assistance within the last 120 days, or currently receive **CalWorks** or **CalFresh**. Must provide notice of action or benefit, or verification letter within the last 30 days.
- NO INCOME?** Any adults in your household 18 years of age or older who **do not** or **cannot** provide proof of income must complete a **Certification of Income and Expense Form**. If you have proof of your income, or received LIHEAP assistance within the last 120 days, you do not need to complete the Certification of Income and Expense Form.
- COPY OF VALID GOVERNMENT-ISSUED IDENTIFICATION (ID)** – Please submit one of the following: State identification card, driver license, U.S. passport or passport card, U.S. military card (front & back), military dependent’s ID card (front & back), Permanent Resident Card, Certificate of Citizenship, Certificate of Naturalization, Employment Authorization Document. Expired government-issued ID is acceptable for a period of one year from expiration date. For seniors 60 and over, an expired government issued ID is acceptable regardless of expiration date.