



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

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

افراد که در خانوار زندگی می‌کنند	تعداد کل افرادی را که در خانوار زندگی می‌کنند	تعداد کل افرادی را که درآمد دارند وارد کنید
وارد کنید، از جمله خودتان	←	←
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 7 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:	نژاد: <input type="checkbox"/> سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی	اسپانیایی/لاتین تبار/لاتین تبار/اسپانیایی؟	
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر	<input type="checkbox"/> آمریکایی آفریقایی تبار یا سیاه‌پوست	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> بومی اهل هاوایی یا دیگر مردم جزایر پاسیفیک <input type="checkbox"/> سفیدپوست	<input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم	
<input type="checkbox"/> 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		
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سایر	اسپانیایی-تبار/لاتین-تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <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		
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سایر	اسپانیایی-تبار/لاتین-تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <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		
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سایر	اسپانیایی-تبار/لاتین-تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <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		
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سایر	اسپانیایی-تبار/لاتین-تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <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		
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سایر	اسپانیایی-تبار/لاتین-تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص/از بیان آن خودداری می‌کنم		
میزان درآمد ناخالص ماهانه (قبل از مالیات):		منبع درآمد:	

عضو خانوار 7

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		
جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سایر	اسپانیایی-تبار/لاتین-تبار/اسپانیایی؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <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

آیا شما یا فردی در خانوارتان در حال حاضر CalWorks (کمک نقدی) دریافت می‌کنید؟ بله خیر

آیا شما یا فردی در خانوارتان در 120 روز گذشته کمک LIHEAP دریافت کرده‌اید؟ بله خیر

پرداخت قبض

می‌خواهید مزایای LIHWAP (برنامه کمک‌هزینه انرژی برای خانواده‌های کم‌درآمد) برای کدام قبض، شامل صورت‌حساب‌های مالیات بر دارایی، اعمال شود (فقط یک مورد را انتخاب کنید)؟

(کپی کامل آخرین قبض یا رسید را پیوست کنید)

قبض آب قبض فاضلاب قبض آب و قبض فاضلاب در یک قبض ترکیب شده است

شرکت ارائه‌دهنده خدمات آب/فاضلاب و شماره حساب را وارد کنید:

نام شرکت: _____ شماره حساب: _____

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

آیا مانده معوق قبض یا اختاریه عدم پرداخت را گرفته‌اید؟ بله خیر

آیا هزینه خدمات عمومی (آب، برق و ...) در اجاره‌بها لحاظ شده است یا کنتور فرعی جداگانه دارید؟ 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 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. متوجه هستم که اگر درخواست من برای مزایای خدمات LIHWAP 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. 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 آب و فاضلاب من استفاده خواهد شد.

X

*** امضای متقاضی ***

تاریخ

نام سازمان: توسعه و خدمات اجتماعی (CSD). واحد مسئول نگهداری: برنامه کمک‌هزینه آب برای خانوارهای کم‌درآمد (LIHWAP). مقام مسئول: در بخش (b) 12087.2 آیین‌نامه دولتی، CSD به‌عنوان سازمان مسئول اجرای LIHWAP ذکر شده است. هدف: اطلاعاتی که ارائه می‌دهید برای تصمیم‌گیری در مورد واجد شرایط بودن شما برای مزایای LIHWAP 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 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.

کل مزایای \$ LIHWAP _____

بار هزینه‌های آب یا فاضلاب (فقط برای بار هزینه‌های آب) \$ _____ هزینه آب _____

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

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 پس‌اندازتان 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 ماهیانه	هزینه چگونه پرداخت شده است؟	اگر شخص دیگری از عوض شما پرداخت می‌کند، لطفاً این قسمت را تکمیل کنید:
اجاره یا رهن	\$	نام: _____ نشانی: _____ تلفن: _____
قبض‌های خدمات عمومی (آب، برق و ...)	\$	نام: _____ نشانی: _____ تلفن: _____
غذا	\$	نام: _____ نشانی: _____ تلفن: _____

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.



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.