



Merced County Community Action Agency

Departamento de Energía y Climatización

Orgullosamente Sirviendo los Condados de Merced y Madera

Departamento de Climatización

Elegibilidad del Programa: Servicio de climatización está disponible una vez cada 4 años a los hogares que cumplan los lineamientos del programa de ingresos. Los solicitantes deben residir en el hogar para los que se solicita servicios.

Lista de verificación: ***copias de todos los documentos son necesarios para una aplicación completa !

- Solicitud Completa:** (Formulario de energía CSD 43) Llénela completamente, fírmela y póngale la fecha.
- Recibos Reciente de la Electricidad:** Todas las paginas son requeridas. Incluya costos de gas, electricidad, propano, y leña del ultimo mes.
- Ingreso:** Documentar el mes pasado de ingresos en bruto para TODOS los ocupantes en el hogar. Ejemplos: talones de cheque, cartas de otorgamiento de SSI/SSA/pensión y desempleo.
- Ocupantes Adultos:** Tarjeta de ID actual emitida por el gobierno (con foto) y tarjeta del Seguro Social para todos los ocupantes mayores de 18 años.
- Niños Menores:** Tarjeta del Seguro Social, acta de nacimiento, o tarjetas de vacunas para todos los ocupantes menores de 18 años.
- Solicitudes de Dueños:** Proporcionar una copia de la escritura, titulo, o documentos de los impuestos de la casa, como comprobante de dueño.
- Solicitudes de Arrendatarios:** Proporcionar el nombre del dueño, dirección postal, y numero de teléfono — MCCAAC debe ponerse en contacto con el dueño para completar algunos formularios necesarios antes de empezar cualquier trabajo.

Envíe su paquete completo de solicitud por correo, fax o en persona.

CORREO:

MCCAAC WX DEPT

P.O. Box 2085

Merced, CA 95344-0085

OFICINA:

1735 Ashby Road, Suite A

Merced, CA 95344

(209) 723-1225

Horas:

Lun-Vie 8 am-5 pm

Cerrado fines de semana y días festivos

FAX:

209-384-7150

ESTE ES UN PROGRAMA DE FONDOS ESTATALES. NO HABRA COSTO A USTED O PARA EL DUEÑO DEL HOGAR.

Nota: Recibimos muchas más solicitudes de lo que podemos servir y no podemos garantizar el servicio a todas las solicitudes que calificaron. También puede experimentar períodos de espera muy larga para el programa, y algunos solicitantes pueden necesitar aplicar varias veces durante años consecutivos antes de que les contactemos para servicio. Su período de espera se determina por la aplicación, nuestros niveles de financiación, así como otros factores fuera del control de esta Agencia. Para maximizar su disponibilidad para el servicio, proporcione un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted o dejarle un mensaje, responder a nuestras llamadas perdidas y/o mensajes sin demora, y que nos comuniquemos cualquier cambio en su información de contacto.

Visión general del proceso de Climatización:

Primer Paso: Asesores típicamente hacen llamadas de 8 a.m.-10 a.m. para programar su primera inspección, que determina que mejoras de climatización podemos proveer a su hogar.

Segundo Paso: Las recomendaciones son enviados al foreman, que asigna un equipo para salir y llevar a cabo reparaciones y mejoras. Algunas mejoras pueden requerir varias visitas.

Tercer Paso: Cuando las mejoras se han completado, una visita de inspección final se programara.

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo
Formulario de ingreso para la prestación de energía
CSD 43 (10/2017)

| Solo para uso oficial | |
|-----------------------|--|
| Priority Points | |
| A.C.C. | |
| Eligibility Cert Date | |

| | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Agency: | Intake Initials: | Intake Date: | |
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento DD/MM/AA |
| DOMICILIO DE SERVICIO – Domicilio de residencia (no casilla de correo) | | | |
| Domicilio de servicio | | | Número de unidad |
| Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
| ¿Ha vivido en este domicilio durante los últimos 12 meses corridos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| ¿Su domicilio de servicio es el mismo que su domicilio de residencia?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Domicilio postal | | | Número de unidad |
| Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
| Número de seguridad social (SSN): | | Número telefónico () | |
| Correo electrónico: | | | |

| | | | | | |
|---|---|------------------------------|--|---|---|
| PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Ingrese la cantidad total de personas que viven en el hogar incluido usted | → | ○ | INGRESOS Ingrese la cantidad total de personas que reciben ingresos | → | ○ |
| <i>Datos demográficos: Ingrese la cantidad de personas en el hogar que son:</i> | | | <i>Indique e el ingreso mensual bruto total de todas las personas que viven en el hogar:</i> | | |
| Edades 0 – 2 años | | TANF / CalWorks | \$ | | |
| Edades 3 - 5 años | | SSI / SSP | \$ | | |
| Edades 6 - 18 años | | SSA / SSDI | \$ | | |
| Edades 19 - 59 | | Cheque(s) de pago | \$ | | |
| Edades mayor de 60 años | | Intereses | \$ | | |
| Discapacitado | | Pensión | \$ | | |
| Nativo Americano | | Otro | \$ | | |
| Trabajador agrícola estacional o migrante | | Ingreso mensual total | \$ | | |

INTEGRANTES DEL HOGAR
INGRESE LA INFORMACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR
 Si en su hogar viven más de 7 personas, incluya su información en una hoja adicional.

| Nombre | Apellido | Relación con el solicitante | Fecha de nacimiento DD/MM/AA | Monto del ingreso bruto total (Antes de impuestos y deducciones) | Fuente de ingresos |
|---|----------|-----------------------------|------------------------------|--|--------------------|
| | | Usted | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Monto del ingreso bruto mensual total del hogar | | | | \$ | |
| ¿Usted o alguien de su familia recibe ACTUALMENTE CalFresh (Cupones para alimentos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |

FACTURA DE PAGO

¿A qué factura de energía (ELIJA SÓLO UNA) desea que se aplique el beneficio LIHEAP? (Adjunte una copia completa de la factura o recibo más reciente).

Gas Natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible

Ingrese la empresa de energía y el número de cuenta:

Nombre de la empresa: _____ No. de cuenta: _____

¿Su servicio público está interrumpido? Sí No

¿Recibió una notificación por atraso? Sí No

¿Sus servicios públicos están incluidos en la renta? Sí No

¿Sus servicios públicos son todos eléctricos? Sí No

¿Su empresa de gas natural es la misma que su empresa eléctrica? Sí No

SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)

¿Actualmente no tiene combustible? (madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles) Sí No N/A

Indique la cantidad aproximada de días que quedan antes de que se quede sin combustible

(madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles). Cantidad de días: _____ N/A

INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA

Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS**. Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su hogar.

Debe presentar una copia de todas las facturas o recibos de energía recientes por todos los costos de energía doméstica.

NOTA: Debe incluirse una copia de una factura eléctrica aun cuando no use electricidad para calentar su hogar.

¿Cuál es el combustible que más utiliza para CALENTAR su hogar? DEBE marcar una fuente principal.

Gas Natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible

Además de su fuente de calefacción principal, ¿usa alguno de los siguientes para calefaccionar su hogar? (puede elegir más de uno):

Gas Natural Electricidad Madera Propano Aceite combustible Kerosene Otro combustible N/A

¿Usted es el titular de: La factura de Electricidad Yes No La factura de Gas Natural Yes No

La información de la presente solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar a continuación, presto mi consentimiento (permiso) al CSD, sus contratistas, consultores y otras oficinas federales o estatales (socios del CSD) y a mi empresa de servicios públicos y a sus contratistas para entregar información acerca de mi cuenta de servicios públicos doméstica, consumo de energía u otra información necesaria para prestarme los servicios y beneficios descritos al final del presente formulario. Mi consentimiento tendrá vigencia por un plazo de 24 meses anteriores a la fecha de firma que se consigna a continuación y hasta 36 meses después. Entiendo que si mi solicitud para los beneficios o servicios LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta fuera de término o una prestación no satisfactoria, podré presentar una apelación escrita ante el proveedor del servicio local, y esta apelación será evaluada no más de 15 días después de su recepción. De no estar conforme con la decisión del proveedor del servicio, podré apelar ante el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo conforme al Artículo 100805, Título 22 del Código de Normas de California. De resultar aplicable, autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costos a mi cargo. Declaro, bajo pena por falso testimonio, que la información incluida en la presente solicitud es verdadera, correcta, y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para los pagos de mis costos de energía.

X

*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***

Fecha

NOMBRE DE LA OFICINA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia en Energía Doméstica (HEAP). AUTORIDAD: El Artículo 16367.6 del Código de Gobierno (a) nombre a CSD como oficina responsable del manejo del HEAP. OBJETO: La información que usted proporciona será utilizada para decidir si resulta apto para el pago de LIHEAP o los servicios de climatización. ENTREGA DE INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información solicitada. OTRA INFORMACIÓN: CSD emplea definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas sobre Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Estado del Departamento de Servicios Médicos y Humanos para determinar la aptitud al programa. Durante el procesamiento de la solicitud, el subcontratista designado de CSD podría necesitar más información para decidir respecto de su aptitud para uno o ambos programas. ACCESO: El subcontratista designado de CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, de ser utilizada, para determinar su aptitud. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. CSD no discrimina al momento de prestar sus servicios como consecuencia de la raza, religión, color, nacionalidad, ancestros, discapacidad física, discapacidad mental, enfermedad, estado civil, sexo, edad ni orientación sexual.

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

Utility Assistance being provided under which program → HEAP Fast Track HEAP WPO ECIP WPO
Base Benefit \$ _____ Supplement \$ _____ Total Benefit \$ _____

Total Energy Cost \$ _____ Energy Burden _____

Energy Services Restored after disconnection: Yes No Disconnection of Energy Services Prevented: Yes No

Home Referred for WX: Home Already Weatherized:

Department of Community Services and Development
Formulario de autorización y consentimiento del titular de la cuenta
CSD Form 081 (Rev. 12/17)

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 MERCED COUNTY COMMUNITY ACTION AGENCY |
|--------------------------------|-------|--|

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

CSBG DEMOGRAPHICS AND HOUSEHOLD CHARACTERISTICS

| | |
|----------------------------------|--------------|
| For household at Address: | City: |
|----------------------------------|--------------|

PLEASE NOTE: The demographics information collected in conjunction with your application will be used by various state and federal agencies to improve targeted/focused services in your area. Your answers will not require documentation and will not be used to determine eligibility for services. When shared, this information will not be identifiable to you or your family.

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|---|
| <p>1. How many household members of each gender? How many male? : _____ How many female? : _____</p> | | | | | | |
| <p>2. How many household members in each age group? 0-5 years: _____ 12-17 years: _____ 24-44 years: _____ 55-69 years: _____ 6-11 years: _____ 18-23 years: _____ 45-54 years: _____ 70+ years: _____</p> | | | | | | |
| <p>3. Ethnicity & Race (Note: Your answers are <i>OPTIONAL</i>. Ethnicity and Race are terms which may refer to biological, genetic, social, or cultural characteristics. The acceptable answers here are whatever you are most comfortable with.)</p> <p>a. How many household members are of Hispanic, Latino or Spanish ethnicity? : _____</p> <p>b. How many members are <u>not</u> of Hispanic, Latino or Spanish ethnicity? : _____</p> <p>c. How many household members identify with the following Racial categories?</p> <p>White/Caucasian: _____ Asian American: _____ Other: _____ African American: _____ American Indian & Inuit: _____ Pacific Islander: _____ Multi-Race (2 or more): _____</p> | | | | | | |
| <p>4. How many household members (aged 24 years and older) fall into each educational category, based on their highest level of achievement to date?</p> <p>Up to Grade 8: _____ HS diploma/GED: _____ Some College: _____ Grade 9-12 (non-graduate) : _____ College Graduate: _____</p> | | | | | | |
| <p>5. Health Insurance (Note: Medicare and Medicaid are considered health insurance.) How many household members have health insurance? : _____</p> | | | | | | |
| <p>6. Disabled Persons (Note: Defined by the Americans With Disabilities Act of 1990: "disability" means, (a) a physical or mental impairment that substantially limits one or more of the major life activities of an individual, (b) a record of such an impairment, (c) being regarded as having such an impairment.".) How many household members are disabled? : _____</p> | | | | | | |
| <p>7. Which choice best describes your Household Composition (aka family structure)?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Single-Parent, Mother</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Single Adult, No Children</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Single-Parent, Father</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Adult Couple, No Children</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Two-Parent Household</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Other</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Single-Parent, Mother | <input type="checkbox"/> Single Adult, No Children | <input type="checkbox"/> Single-Parent, Father | <input type="checkbox"/> Adult Couple, No Children | <input type="checkbox"/> Two-Parent Household | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Single-Parent, Mother | <input type="checkbox"/> Single Adult, No Children | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Single-Parent, Father | <input type="checkbox"/> Adult Couple, No Children | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Two-Parent Household | <input type="checkbox"/> Other | | | | | |
| <p>8. Indicate if at least one household member is a... (Note: In this section, check all that apply.)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;"><input type="checkbox"/> Farmer</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Migrant Farmworker</td> <td style="border: none;"><i>(A Migrant Farmworker is any individual who is employed in agricultural labor of a seasonal nature and is required to be absent overnight from his/her permanent place of residence.)</i></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Seasonal Farmworker</td> <td style="border: none;"><i>(A Seasonal Farmworker is any individual who is employed in agricultural labor of a seasonal or temporary nature, is not required to be absent from his/her permanent place of residence, and who derives at least 20% of his/her income from agricultural labor or related industries.)</i></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Farmer | | <input type="checkbox"/> Migrant Farmworker | <i>(A Migrant Farmworker is any individual who is employed in agricultural labor of a seasonal nature and is required to be absent overnight from his/her permanent place of residence.)</i> | <input type="checkbox"/> Seasonal Farmworker | <i>(A Seasonal Farmworker is any individual who is employed in agricultural labor of a seasonal or temporary nature, is not required to be absent from his/her permanent place of residence, and who derives at least 20% of his/her income from agricultural labor or related industries.)</i> |
| <input type="checkbox"/> Farmer | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Migrant Farmworker | <i>(A Migrant Farmworker is any individual who is employed in agricultural labor of a seasonal nature and is required to be absent overnight from his/her permanent place of residence.)</i> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Seasonal Farmworker | <i>(A Seasonal Farmworker is any individual who is employed in agricultural labor of a seasonal or temporary nature, is not required to be absent from his/her permanent place of residence, and who derives at least 20% of his/her income from agricultural labor or related industries.)</i> | | | | | |



Merced County
Community Action Agency
WEATHERIZATION DEPARTMENT

ACUERDO DEL CLIENTE DE CLIMATIZACION

Gracias por aplicar para el programa de climatización del Merced County Community Action Agency (MCCAA). Nuestra meta es ayudarle ahorrar energía (y dinero), y hacer su hogar mas cómodo y seguro. **Con el fin de hacer que nuestras visitas a su hogar sean seguras, tanto para su familia y para el personal de Climatización, debe leer y firmar este documento antes que MCCAA comience los trabajos de climatización en la propiedad.**

El personal de Climatización estará realizando el trabajo en el exterior y en el interior de su residencia. Con el fin de minimizar el riesgo de pérdida para usted y para MCCAA tenga en cuenta lo siguiente durante todas las visitas a su casa por el personal de Climatización de MCCAA.

1. **MCCAA no se hace responsable por objetos perdidos, robados, o extraviados durante cualquiera de nuestras visitas a su hogar. Es su responsabilidad de asegurar artículos y objetos personales de valor.** Si usted tiene alguna pregunta en cuanto a que partes de su casa el personal tendrá acceso, favor de preguntar.
2. **Por favor, mantenga todas las mascotas alejadas de las áreas donde el personal de climatización va a trabajar. Usted tendrá que asegurar a sus mascotas durante toda la visita.** El personal tendrá que poder entrar y salir de las puertas y no son responsables de velar por sus mascotas. Tenga en cuenta que las puertas y ventanas pueden tener que permanecer abiertas mientras el equipo está llevando a cabo ciertos trabajos.
3. **Por favor asegúrese que los niños que están presentes en nuestras visitas estén bajo su supervisión en todo momento y manténgalos alejados de las zonas en las que los miembros del personal están trabajando.** No permita que los niños se queden sin supervisión en las áreas donde el personal de climatización está trabajando, en o alrededor de los vehículos de MCCAA, o cerca de cualquier herramienta, equipo, escaleras y cables de extensión.
4. **Un residente adulto debe permanecer presente en la casa mientras que el personal de MCCAA esta trabajando.** Miembros del personal no están permitidos permanecer en su propiedad sin un residente adulto presente.

Gracias por su cooperación. Si tiene alguna pregunta, favor de contactar el programa de climatización del MCCAA al (209) 723-1225.

Firma de Cliente

Fecha

Firma del Personal de MCCAA

Fecha