



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. Incluye 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 (FEDERAL LIMITS APPLY” FAVOR DE TRAER CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE EE.UU., PASAPORTE DE LOS EE.UU., CERTIFICADO DE NATURLIZACION N-550 O N-570, TARJETA DE INDI O AMERICANO CON EL CODIGO DE CLASIFICACION KIC O UN DOCUMENTO QUE COMPRUEBE QUE RECEIBE BENEFICIOS DE SSI O SSA).

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:
109 Airpark Road
Atwater CA 95301
(209) 723-1225

Horas:
Lun-Vie 8 am-5 pm
Cerrado fines de semana y días festivos

FAX:
209-676-2237

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 ingresos para la prestación de energía

CSD 43 (10/2017)

<i>Solo para uso oficial:</i>	
Puntos de prioridad	
A.C.C.	
Fecha de cert. de aptitud	

Agencia:	Iniciales de admisión:	Fecha de admisión:		
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 de corrido?..... <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 de teléfono ()
Correo electrónico:				

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Ingrese la cantidad total de personas que viven en el hogar, incluido usted		INGRESO Ingrese la cantidad total de personas que reciben ingresos	
<i>Datos demográficos: ingrese la cantidad total de personas en su hogar con las siguientes características.</i>		<i>Indique el ingreso mensual bruto total de todas las personas que viven en el hogar:</i>	
0 a 2 años de edad		TANF / CalWorks	\$
3 a 5 años de edad		SSI / SSP	\$
6 a 18 años de edad		SSA / SSDI	\$
19 a 59 años de edad		Cheque(s) de pago	\$
60 años de edad o más		Intereses	\$
Discapacitado		Pensión	\$
Nativo americano		Otro	\$
Trabajador agrícola estacional o migrante		Ingreso mensual total	\$

INTEGRANTES DEL HOGAR					
INGRESE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR.					
Si en su hogar viven más de 7 personas, incluya la 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 SOLO 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: _____ Nro. de cuenta: _____

¿Su servicio público está interrumpido? Sí No

¿Recibió una notificación por atraso? Sí No

¿Sus servicios públicos están incluidos en la renta o cuenta con medidor adicional? 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/C

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/C

Usted es el titular de: la factura de electricidad Sí No la factura de gas natural Sí No

La información de la presente solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar a continuación, otorgo mi consentimiento (permiso) al CSD, sus contratistas, consultores y otras agencias federales o estatales (socios del CSD) y a mi empresa de servicios públicos y a sus contratistas para compartir 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 que comienza 24 meses antes de la fecha de firma que se consigna a continuación y que continúa 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 del Título 22 del Código de Normas de California. Si corresponde, autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costos a mi cargo. Declaro, bajo pena por falso testimonio, que la información que se incluye en la presente solicitud es verdadera y 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 AGENCIA: Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia en Energía Doméstica (HEAP). AUTORIDAD: el Artículo 16367.6 (a) del Código de Gobierno designa al CSD como la agencia responsable del manejo del HEAP. OBJETO: la información que usted proporciona se utilizará 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: el CSD emplea definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas sobre Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Estado del Departamento de Servicios Sociales y de Salud para determinar la aptitud para el programa. Durante el procesamiento de la solicitud, el subcontratista designado del CSD podría necesitar más información para decidir respecto de su aptitud para uno o ambos programas. ACCESO: el subcontratista designado del 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. El CSD no discrimina al momento de prestar sus servicios por motivos de 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.

Asistencia para servicios públicos que se proporciona a través de qué programa → HEAP Fast Track HEAP WPO ECIP WPO

Beneficio base \$ _____ Complemento \$ _____ Beneficio total \$ _____

Costo total de energía \$ _____ Porcentaje de ingresos invertido en energía _____

Servicios de energía restablecidos después de la desconexión: Sí No Desconexión de los servicios de energía evitada: Sí No

Hogar referido para WX: Hogar climatizado:

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
--------------------------------	-------	---

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

Para el hogar en la dirección:

Ciudad:

TENGA EN CUENTA: La información demográfica recopilada en conjunto con su solicitud será utilizada por varias agencias estatales y federales para mejorar los servicios específicos/enfocados en su área. Sus respuestas no requerirán documentación y no se utilizarán para determinar la elegibilidad para los servicios. Cuando se comparta, esta información no será identificable para usted o su familia.

1. ¿Cuántos miembros del hogar de cada género?

¿Cuántos machos? : _____

¿Cuántas hembras? : _____

2. ¿Cuántos miembros del hogar de cada grupo de edad?

0-5 años: _____

12-17 años: _____

24-44 años: _____

55-69 años: _____

6-11 años: _____

18-23 años: _____

45-54 años: _____

Más de 70 años: _____

3. Etnicidad y raza (Nota: Sus respuestas son OPCIONALES. La etnia y la raza son términos que pueden referirse a características biológicas, genéticas, sociales o culturales. Las respuestas aceptables aquí son lo que más te sientas cómodo.)

a. ¿Cuántos miembros del hogar son de etnia hispana, latina o española? : _____

b. ¿Cuántos miembros no son de etnia hispana, latina o española? : _____

c. ¿Cuántos miembros del hogar se identifican con las siguientes categorías raciales?

Blanco/caucásico: _____

Asiático americano: _____

Otros: _____

Afroamericano: _____

Indio americano e inuit: _____

Isléño del Pacífico: _____

Multi-Carrera (2 o más): _____

4. ¿Cuántos miembros del hogar (mayores de 24 años) entran en cada categoría educativa, en función de su nivel más alto de logro hasta la fecha?

Hasta el grado 8: _____

Diploma HS/GED: _____

Alguna Universidad: _____

Grado 9-12 (no graduado) : _____

Graduado universitario: _____

5. Seguro médico (Nota: Medicare y Medicaid se consideran seguros de salud.)

¿Cuántos miembros del hogar tienen seguro médico? : _____

6. Personas discapacitadas (Nota: Definida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990: "discapacidad" significa, a) una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de vida de una persona, (b) un registro de tal discapacidad, (c) ser considerado como tener tal impedimento.".)

¿Cuántos miembros del hogar están discapacitados? : _____

7. ¿Qué opción describe mejor su composición familiar (también conocida como estructura familiar)?

Madre monoparentales

Adulto Soltero, Sin Hijos

Padre soltero

Pareja adulta, sin hijos

Hogar de dos padres

Otro

8. Indique si al menos un miembro del hogar es un... (Nota: En esta sección, marque todo lo que corresponda.)

agricultor

Trabajador agrícola migrante (Un trabajador agrícola migrante es cualquier persona que trabaja en trabajos agrícolas de carácter estacional y debe estar ausente durante la noche de su lugar de residencia permanente.)

Trabajador agrícola estacional (Un trabajador agrícola estacional es cualquier persona que trabaja en mano de obra agrícola de carácter estacional o temporal, no está obligada a ausentarse de su lugar de residencia permanente y que obtiene al menos el 20% de sus ingresos de mano de obra agrícola o industrias conexas.)



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