

# IMPORTANT PLEASE READ

Community Action Commission  
of Santa Barbara County  
5638 Hollister Ave Ste 230  
805-964-8857  
800-655-0617  
FAX: 805-964-6798



Community  
Action  
Commission  
OF SANTA BARBARA COUNTY

Community Action Commission  
of Santa Barbara County  
120 West Chestnut Ave  
Lompoc CA 93436  
805-740-4555  
FAX: 805-740-4558

Last names A-L call Ext 134  
Last names M-Z call Ext 197

[www.cacsb.com](http://www.cacsb.com)

All names call Ext 105

## HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM

**Special Needs Guidelines:** Federal Law requires that priority be given to households with low-income, high energy cost, and taking the following households into consideration: families with children under 5, elderly, and disabled.

In order to apply for assistance, please submit **COPIES** of the following documents:

### DOCUMENT CHECKLIST

1. Valid California Picture ID
2. Social Security Card
3. Current GAS and ELECTRIC bill detailing terms and kilowatt usages  
**(both bills are required, all pages)**
4. Income documentation for all house members from ALL sources during the last 4 weeks  
(paycheck stubs must show gross amounts received)
5. Rental or House payments receipts for the current month  
Housing Calculation Summary, Sec.8, Form "HUD-52667"
6. Please do not send originals!

**Cal Works/TANF** recipients as well as **Food Stamps** recipients must bring/send **CURRENT** Notice of Action or Memo from your case worker showing **amounts received for the month**. **SSI/SSA** recipients must have **CURRENT** benefit letter from the **Social Security Office** or **Bank Statement** showing **direct deposit of funds**. **Proof of Unemployment Benefits, Disability, Child Support, Retirement, Alimony, etc. MUST BE** dated within the last 30 days.

**APPLICATIONS CANNOT BE PROCESSED WITHOUT ALL THE  
PROPER CURRENT DOCUMENTATION. YOU MUST MEET BOTH  
THE INCOME AND SPECIAL NEEDS GUIDELINES TO QUALIFY.**

**Department of Community Services and Development**

Energy Intake Form

CSD 43 (11/2015)

Official Use Only:	
Priority Points	
A.C.C.	
Eligibility Cert Date	
Job Control Code	

Agency:		Intake Initials:		Intake Date:		
Nombre		Inicial	Apellido			Fecha de Nacimiento MM/DD/YY
Domicilio Postal					Número de Unidad	
Ciudad (de su domicilio postal)		Condado		Estado	Código Postal	
Domicilio De Servicio-Domicilio donde vive el aplicante (No use Apartado Postal - P.O. Box)						
Es igual que la domicilio postal?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Han vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Domicilio de servicio					Número de Unidad	
Ciudad		Condado		Estado	Código Postal	
Número de Seguro Social (SSN):				Número de Teléfono: ( )		<input type="checkbox"/> Mensaje Only?
Correo electrónico (opcional):						

<b>PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR</b> Escriba el número de personas que viven en su hogar , incluyendo al solicitante →			
Introduzca el número de personas que son :			
De 2 años o menores			
De 3 años a 5 años			
De 6 años a 18 años			
De 19 años a 59 años			
De 60 años o mayores			
Incapacitados			
Americanos Nativos			
Campeños Temporales/Migratorios			

<b>INGRESOS</b> Escriba el número de personas en el hogar que reciben ingresos→			
Escriba el total del ingreso mensual, en bruto, de todas las personas que viven en su hogar:			
TANF		\$	
SSI / SSP		\$	
SSA / SSDI		\$	
Sueldo(s)		\$	
Interés		\$	
Pensión		\$	
Otros Ingresos		\$	
<b>Ingresos Total</b>		<b>\$</b>	

**MIEMBROS DEL HOGAR** (Opcional)

**NOMBRE COMPLETO:** Su nombre completo es Nombre, Apellido.

**RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:** POR ejemplo: marido, hija, amiga, tía, abuelo, etc.

**FECHA DE NACIMIENTO:** ANOTE la fecha de nacimiento de cada miembro del hogar.

**CANTIDAD DE INGRESO MENSUAL EN BRUTO:** "bruto" ingreso significa la cantidad de dinero recibido antes de impuestos o cualquier otra deducción. Si usted tiene más de 8 personas en su hogar, usted puede escribir la información en una hoja de papel separado.

Nombre	Apellido	Parentesco con el Solicitante	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	Cantidad de ingreso mensual	Fuente de ingreso
		sí mismo			
<b>Total de Ingresos Mensuales en Bruto</b>				<b>\$</b>	

¿Usted o alguien en su casa ACTUALMENTE recibe CalFresh (estampillas de comida)?  Sí  No

**¿A cual factura de energía desea aplicar su beneficio de LIHEAP?** (Adjuntar Copia de la Factura o Recibos)

Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite Combustible  Queroseno  Otro combustible

**Lista compañía de energía y número de cuenta:** Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el principal combustible que se utiliza para CALENTAR su casa?** Una fuente principal de calefacción **DEBE** estar marcada (Adjuntar Copia de la Factura o Recibos)

Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite Combustible  Queroseno  Otro combustible

**Además de su fuente principal de calefacción, alguna vez utiliza cualquiera de los siguientes para calentar su casa (usted puede seleccionar más de uno):** (Adjuntar Copia de la Factura o Recibos)

Gas Natural  Electricidad  Madera  Propano  Aceite Combustible  Queroseno  Otro combustible  N/A

Información de su factura de Energía

Marque todas las que apliquen para cada tipo de fuente de energía para los gastos de energía del hogar.

NOTA: Las preguntas siguientes son **OBLIGATORIOS** y requieren una respuesta

Incluya copias de sus facturas más recientes de energía Y/O recibos (si es aplicable) y adjuntar a esta solicitud

**SERVICIO ELÉCTRICO**

¿Son sus utilidades todo eléctrico?

Sí  No

¿Está apagada su electricidad?

Sí  No

¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado?

Sí  No

**SERVICIO DE GAS NATURAL**

¿Su Compañía de Electricidad el mismo que su Compañía de Gas Natural?

Sí  No

¿Está apagado su Gas Natural?

Sí  No

¿Tiene actualmente un aviso de pago atrasado?

Sí  No

**MADERA, PROPANO or SERVICIO DE ACEITE CUMBUSTIBLE (WPO)**

¿Está usted actualmente sin combustible? (Madera, Propano, Aceite, queroseno, Otro Combustible)

Sí  No  N/A

**Anote el número aproximado de días hasta que te quedas sin combustible** (Madera, Propano, Aceite, queroseno, Otro Combustible).

Número de días: \_\_\_\_\_  N/A

¿Está su electricidad incluida en la renta o sub-medidos?  Sí  No

La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda. Con mi firma doy autorización para que esta información sea compartida con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal, subcontratistas designados por ellos, con la(s) compañía(s), que me ofrece(n) servicio(s) de energía y para que la(s) compañía(s) que me ofrece(n) servicio(s) de energía comparta(n) información con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal con el fin de proporcionar servicios a mí y a coordinar, mejorar y reducir los costes de servicios bajo estos programas. Además autorizo a mi compañía (s) utilidad para proporcionar mis datos de consumo de energía a CSD en la medida necesaria para CSD para cumplir con el programa informando los requisitos del gobierno federal. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor durante tres años a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por mí por escrito. Entiendo que si mi aplicación para beneficios o servicios de LIHEAP/DOE se niega, o si recibo una respuesta retrasada, puedo iniciar una apelación escrita con el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará no mas que 15 días después de que la apelación se solicita. Si yo no estoy satisfecho con la decisión del proveedor de servicios entonces puedo apelar al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD) conforme al Titular 22, Código de California sección 100805. En caso de ser elegible, doy permiso para la instalación de material aislante en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es correcta y verdadera, y que los fondos recibidos serán usados únicamente con el objetivo de pagar mis gastos de consumo de energía.

<b>X</b>			
	*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***	Fecha de hoy	Firma del Testigo (si firmó con una X)

NOMBRE DE LA AGENCIA: Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO: Programa de Ayuda para la Energía del Hogar (HEAP). AUTORIDAD: El código gubernamental, Sección 16367.6 (a) designa a CSD como la agencia responsable de la administración de HEAP. OBJETIVO: La información que proporcione se usará para determinar si usted reúne los requisitos para recibir el pago de LIHEAP, y/o servicios de weatherization. PROPORCIONANDO INFORMACION: La participación en este programa es voluntaria. Si decide solicitar esta ayuda, debe proporcionar toda la información requerida. INFORMACION ADICIONAL: CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas de Ingresos Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la aceptación de una persona en los programas. Durante el trámite de su solicitud, es posible que el subcontratista designado por CSD necesite pedirle información adicional para determinar si se le puede aceptar en estos u otros programas. ACCESO: El subcontratista designado por CSD se quedará con su solicitud, y otra información, si se usó para determinar su elegibilidad. Usted tiene derecho de acceso a todos los expedientes que contengan información sobre usted. CSD no discrimina en los servicios que ofrece debido a raza, religión, credo, color, origen de nacionalidad, incapacidad física, incapacidad mental, condición médica, estado marital, sexo, edad, o orientación sexual.

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

Utility Assistance being provided under which program →	<input type="checkbox"/> HEAP	<input type="checkbox"/> Fast Track	<input type="checkbox"/> HEAP WPO	<input type="checkbox"/> ECIP WPO
Supplement \$	Total Benefit \$		<input type="checkbox"/> Home referred for WX	<input type="checkbox"/> Home already weatherized
Energy Services Restored after disconnection:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Disconnection of Energy Services prevented:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Type of Dwelling:	<input type="checkbox"/> MFD – Owner, 2 - 4 units	<input type="checkbox"/> Mobile Home – Owner	Shelter: # of units _____	<input type="checkbox"/> Unoccupied MFD: 2 – 4 units
<input type="checkbox"/> SFD – Owner, 1 unit	<input type="checkbox"/> MFD – Rental, 2 - 4 units	<input type="checkbox"/> Mobile Home - Rental	Total # of residents: _____	<input type="checkbox"/> Unoccupied MFD: > 5 units
<input type="checkbox"/> SFD – Rental, 1 unit	<input type="checkbox"/> MFD – Owner, 5 or more units	Total Energy Cost:		Energy Burden:
	<input type="checkbox"/> MFD – Rental, 5 or more units	\$ _____		_____ %
Agency Defined Priorities:	<input type="checkbox"/> Medically Needy	<input type="checkbox"/> Frail Elderly	<input type="checkbox"/> Severe Financial Hardship	<input type="checkbox"/> Hard to Reach <input type="checkbox"/> Priority Offsets <input type="checkbox"/> N/A

**Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo**

CSD 43B (rev.12/2013)

**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)					
		<table border="1"> <tr> <td>COMPENSACION DEL TRABAJO</td> <td>DESEMPLEO</td> <td>PROGRAMA DEL GOBIERNO</td> <td>MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS</td> </tr> </table>	COMPENSACION DEL TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	
COMPENSACION DEL TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS				
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)					
		<table border="1"> <tr> <td>PAGOS DE ANUALIDADES</td> <td>PENSIÓN</td> <td>PAGOS TRIBALES DE CASINO</td> <td>LOS INGRESOS POR ALQUILER</td> <td>BENEFICIOS DE SEGURO</td> </tr> </table>	PAGOS DE ANUALIDADES	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE CASINO	LOS INGRESOS POR ALQUILER	BENEFICIOS DE SEGURO
PAGOS DE ANUALIDADES	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE CASINO	LOS INGRESOS POR ALQUILER	BENEFICIOS DE SEGURO			

Put Notary stamp below, if needed (DOE only) or have Executive Director Sign here

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? _____

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	\$		<table border="1"> <tr> <td>Nombre:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección:</td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
Nombre:	Teléfono:						
Dirección:							
Facturas de servicios públicos	\$		<table border="1"> <tr> <td>Nombre:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección:</td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
Nombre:	Teléfono:						
Dirección:							
Alimentos	\$		<table border="1"> <tr> <td>Nombre:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección:</td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
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



## Verificación Educación de H.E.A.P.

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

1. Verifica que ha recibido Educación en el Asesoramiento del Presupuesto y de la Conservación de Energía.
2. Después de solicitar la ayuda del programa H.E.A.P. recuerde que puede tomar de 2-4 meses para que su cuenta sea acreditada
3. El financiamiento para este programa es limitado y en caso que se agoten los fondos, no recibirá el crédito, y se le notificara por correo.
4. También se le informa que dependiendo de la situación económica y del Plan de Prioridad del Community Action Commission de Santa Bárbara usted puede no ser elegible para la Asistencia, se le notificará por correo.
5. Community Action Commission de Santa Bárbara han adoptado una nueva póliza para los clientes recurrentes. La póliza se refiere a nuestros clientes (excluyendo Ancianos, Deshabilitados y familias de bajos ingresos con niños menores de 5 años) que han sido asistidos por tres años consecutivos, no recibirán asistencia en el cuarto y quinto año, para así poder asistir a nuevos clientes.

X \_\_\_\_\_  
(Firma del solicitante)

\*\*\* Si su crédito no aparece en su cuenta después del tiempo estimado, por favor comuníquese a **Sacramento a la oficina H.E.A.P. al Número 1-866-675-6623** para más información sobre su crédito.



A PRIVATE NONPROFIT

# Community Action Commission

OF SANTA BARBARA COUNTY

## CAC Central Data Collection Card

Date/Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Telephone (805) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono

2. Social Security Number \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social

3. Name \_\_\_\_\_  
Nombre

4. Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Domicilio Ciudad Código Postal

5. Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

6. Please indicate total number of people living in your house \_\_\_\_\_  
Numero de Personas que viven en la casa

### Income/Support/Ingresos

- No income/No ingresos
- Employment/Empleo
- TANF
- General relief/Asistencia General
- Food Stamps/Estampillas de Comida
- SSI
- State Disability Insurance (SDI)
- SSA
- Pension
- Unemployment/Desempleo
- Workers comp/Compensación del Trabajador
- Child Support/Manutención

Total Gross Household Income/Ingreso bruto total  
\$ \_\_\_\_\_

### Housing/Vivienda

- Rent/Renta  
Rental Assistance/Asistencia de Housing, HUD, Sec.8
- Own/Dueño

### Private Insurance/Seguro Medico Privado

- Yes/Si  No

### Utility Name and Account Number/Nombre de utilidad y numero de cuenta

Electric/Electricidad  
\_\_\_\_\_

Gas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Family Type/Tipo de Familia

- Single mother/ Madre soltera
- Single father/ Padre soltero
- Both parents/Hogar con dos padres
- Single person/Persona Sola 123456
- Two Adults/Dos Adultos

### Disabled/Deshabilitado

- Yes/Si  No

### Education/Educación

- (Grade completed/Años Terminados)
- 0-8
- 9-12
- HS Graduate/GED/Preparatoria
- 12+/Educación mas avanzada
- College Graduate/Graduado del Colegio

### Ethnicity/Race/Grupo Étnico/Raza

- White/Caucasian  
Blanco
- Black/African American  
Afroamericano
- Hispanic/Latino  
Hispano/Latino
- Native American Indian  
Indio Nativo Americano
- Asian/Asiático
- Other/Otro

### Referral/Referencia

- \_\_\_ CAC Employee/  
Empleado de CAC
- \_\_\_ Event/Evento
- \_\_\_ Facebook
- \_\_\_ Friend/Amigo
- \_\_\_ Letter/Carta

### Age and Sex of Everybody in the house

(The youngest first including your self)

### Edad y Sexo de todas las personas que viven en la casa

(Empezando por el más joven, y también inclúyase usted)

#### Age/Edad

#### Sex/Sexo

1. \_\_\_\_\_  M  F

2. \_\_\_\_\_  M  F

3. \_\_\_\_\_  M  F

4. \_\_\_\_\_  M  F

5. \_\_\_\_\_  M  F

6. \_\_\_\_\_  M  F

7. \_\_\_\_\_  M  F

8. \_\_\_\_\_  M  F

9. \_\_\_\_\_  M  F

10. \_\_\_\_\_  M  F

11. \_\_\_\_\_  M  F

12. \_\_\_\_\_  M  F



# ACLIMATAR SU HOGAR GRATIS

Nuestros servicios de eficiencia energética son **GRATIS** para los hogares elegibles ó de bajo recursos.

Haga su hogar mas eficiente en energia.  
Baja las cuentas de utilidades y se ahorra dinero.

- \* Insulacion de puertas
- \* Rellenos
- \* Alarmas para monoxide de carbono
- \* Probacion de los aparatos de gas
- \*Apagadores de pared
- \* Cobijas para el boiler
- \* Calenton de pared y reparacion
- \* Cabezas de duchas
- \* Cabezas para los fregadores
- \* Filtros para el calenton de gas

Su solicitud para ayuda de servicios públicos (HEAP) se aplicará automáticamente para el programa de aclimatización por nuestra oficina. Por favor, siga las instrucciones que aparecen en la primera página de este paquete en relación con la documentación necesaria.

Adjunto hay dos **Acuerdos de Servicios Energetios**. Por favor llene el apropiado:

- ♦ Si usted es un **dueño-ocupante** ó simplemente **inquilino** que esta solicitando soló teine que llenar y firmar la forma **Energy Service Agreement for Occupant**.
- ♦ Si usted **no es** el dueño, entonces el dueño, gerente ó agente autorizado del agente debe llenar y firmar la forma **Energy Service Agreement for Rental Property Owner**.

Usted será contactado por nuestro equipo de instalación dentro de 4-6 semanas después de la aprobación de su solicitud. Si tiene alguna duda, en particular sobre la documentación necesaria para su aplicación, por favor póngase en contacto con nosotros al **805-617-2897** ó **Energyinfo@cacsb.com**



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE/CONSUMIDOR

*El Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de California (CSD) es una oficina estatal que supervisa los programas de asistencia energética para familias de bajos ingresos. Algunos de los servicios que ofrece consisten en ayudar a las familias a pagar sus facturas de servicios públicos o en instalar electrodomésticos, artefactos y sistemas de bajo consumo para reducir el consumo de energía y los gastos que este ocasiona. A su vez, el CSD trabaja en conjunto con otras organizaciones y otros programas que ofrecen servicios afines.*

### CONSENTIMIENTO (Lo que acepta al firmar este formulario)

Al firmar este formulario, usted presta su consentimiento (autorización) para que tanto el **CSD**, sus agentes, asesores, otras agencias federales y estatales (Asociados de CSD), como la **empresa proveedora de servicios públicos** y sus agentes, compartan información sobre las cuentas de servicios de su hogar, el consumo de energía, o cualquier otra información necesaria para otorgarle los servicios y beneficios que se describen en el reverso de este formulario.

### 1. NOMBRE(S) Y DIRECCIÓN POSTAL

Su nombre		
Si el nombre en su factura es diferente, escriba el nombre aquí.		
Su dirección postal (Calle)		Número de unidad Si corresponde
Su dirección postal (Ciudad)	Estado	Código Postal

### 2. DIRECCIÓN DONDE RECIBE LOS SERVICIOS

Marque este casillero si la dirección donde recibe los servicios difiere de la dirección postal.

Si marcó el casillero, por favor proporcione la dirección donde recibe los servicios en el siguiente cuadro:

Dirección donde recibe los servicios (Calle)		Número de unidad Si corresponde
Dirección donde recibe los servicios (Ciudad)	Estado CA	Código Postal

### 3. INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Por favor proporcione el nombre de la empresa que le provee los servicios públicos y su número de cuenta en el siguiente cuadro (puede encontrar este número en su factura). Si el servicio de gas y electricidad no es administrado por la misma empresa, escriba el nombre de la empresa y el número de cuenta correspondiente para cada servicio:

Proveedor de servicios públicos	Número de cuenta
Proveedor de servicios públicos (si tiene más de uno)	Número de cuenta

### AUTORIZACIÓN

**(Si el cliente que firma la solicitud no es la persona que figura como titular de la cuenta en los registros, ambos deberán incluir sus iniciales y firmar el formulario)**

*Entiendo que al inicialar y firmar este formulario autorizo a mi proveedor de servicios públicos, al CSD y a sus asociados a liberar mi información cuando así se solicita o recibirla según se detalla, por un período de **36 meses** y exclusivamente a los efectos listados en esta autorización, a menos que se revocara esta autorización según lo dispuesto en el reverso de este formulario:*

Iniciales del Cliente	Historial de facturación de la empresa de servicios públicos: titular de la cuenta, dirección del servicio, antecedentes de facturación y saldos de la cuenta según se requiera para el procesamiento de pagos de emergencia y asistencia para el pago de la factura de servicios públicos.
Iniciales del Cliente	1) Datos registrados en el medidor y datos sobre el consumo de energía, incluyendo la información correspondiente a los 12 meses previos a la fecha de mi firma de este formulario; y 2) toda la información relacionada con la protección de la vivienda contra las inclemencias del tiempo (si la vivienda estuviera protegida, indicar la fecha y las medidas implementadas).
Iniciales del Cliente	Ingresos familiares, composición familiar y cualquier otra información necesaria para determinar mi derecho a recibir asistencia energética a través de los programas del CSD o sus Asociados.

Firma del cliente/Titular del servicio	Fecha	Nombre del agente del CSD/Organización Asociada	Fecha
Firma del cliente en la factura de servicios (si fuera distinto del que completa la solicitud)		Firma del agente del CSD/Organización Representante	Fecha



## **POR QUÉ NECESITAMOS SU CONSENTIMIENTO Y CÓMO SE UTILIZARÁ SU INFORMACIÓN**

---

Es necesario que preste su consentimiento (autorización) para que obtengamos y liberemos la información relacionada con sus servicios públicos, incluida la información relacionada a su consumo de energía, por las razones que se indican a continuación. El CSD, sus agentes, asesores, otras oficinas federales y estatales y los programas asociados (Asociados del CSD), trabajan junto con su empresa de servicios públicos y los agentes de ésta para ofrecerle los servicios y beneficios que brindan varios de los programas administrados por el CSD y su empresa de servicios públicos. La información suministrada se conservará y se liberará de conformidad con las leyes sobre privacidad y protección de datos. Utilizaremos la información que nos autorice a obtener y compartir con los siguientes propósitos:

1. Determinar si reúne los requisitos para acceder a los programas para familias de bajos ingresos que ofrecen el CSD y los proveedores de servicios públicos.
2. Resguardar la seguridad de su información y facilitar el proceso de solicitud/otorgamiento de servicios al restringir la cantidad de veces en las que tiene que brindar la misma información acerca de usted y su hogar, su residencia, sus ingresos, su(s) cuenta(s) de servicios públicos, sus gastos por consumo de energía y datos sobre el consumo de energía en su hogar.
3. Determinar qué servicios, beneficios y tipo de asistencia tiene derecho a recibir, incluyendo: asistencia económica en el pago de sus facturas de servicios públicos; servicios de protección de la vivienda contra las inclemencias del tiempo; servicios de aprovechamiento de energía eléctrica; servicios de energía de emergencia; medidas de seguridad y salud; servicios de energía solar; información para el consumidor y sugerencias para el consumo de energía.
4. Evaluar el consumo de energía en su hogar, de modo que el CSD pueda: a) determinar la reducción en el monto de las facturas de servicios públicos y la medida en que nuestros servicios logran reducir las emisiones de carbono (contaminación atmosférica), lo que nos permitirá medir la eficacia de los servicios que brindamos, y b) reportar estos resultados a las autoridades federales y estatales que financian y supervisan los programas de asistencia energética en California.

Usted entiende que es posible que algunos servicios no estén disponibles para usted a menos que preste su consentimiento para compartir/liberar cierta información según se detalla en esta Autorización. Entiende que el consentimiento que presta abarcará su cuenta de servicios públicos, información de facturación y de consumo de los últimos 12 meses, información sobre servicios de protección de la vivienda contra las inclemencias del clima que hubiera contratado en el pasado, así como información nueva que surja durante el período de vigencia de esta Autorización.

El CSD y sus Asociados se comprometen a acceder y compartir sólo la información y los datos necesarios para ofrecer servicios de asistencia energética a los clientes elegibles y a cumplir con las disposiciones federales y estatales que regulan la puesta en marcha de estos programas. Si se determina que usted no reúne los requisitos para recibir nuestros servicios, no compartiremos ni accederemos a la información relacionada con sus servicios públicos. El CSD y sus Asociados protegerán su privacidad y conservarán toda la información recopilada de conformidad con los requisitos establecidos en las leyes estatales.

## **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

Por medio de la presente, declaro estar de acuerdo con que el período de vigencia de esta autorización sea de **36 meses** corridos desde la fecha de su suscripción, salvo que revoque mi consentimiento por escrito y envíe la documentación a tal efecto por correo a: CSD Energy & Environmental Services Division, 2389 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833. La revocación será efectiva a partir de su recepción por parte del CSD pero no afectará la información que se haya compartido durante el período de vigencia de esta autorización.

## **PROGRAMAS**

---

A continuación se detallan algunos de los programas que el CSD supervisa o a los que está asociado:

- Programa Federal de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP)
- Programa de Asistencia de Climatización del Departamento de Energía de los Estados Unidos (DOE WAP)
- Programa Estatal de Climatización para Hogares de Bajos Ingresos (LIWP)
- Programa de Hogares Saludables y Control de Peligros del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD)
- Asistencia para el Ahorro de Energía (ESA)
- Programa de Tarifas Alternativas para Energía de California (CARE)



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

Dwelling Information			
Select the Dwelling Type		I am the	
Single-Family <input type="checkbox"/>	Mobile Home <input type="checkbox"/>	Multi-Unit <input type="checkbox"/>	Owner-Occupant <input type="checkbox"/> Tenant <input type="checkbox"/>
Owner-Occupant or Tenant Information			
Owner-Occupant or Tenant (Print or type name)		Address	
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Telephone Number
Owner-Occupant or Tenant Email Address			Owner-Occupant or Tenant FAX Number

### Owner-Occupant or Tenant Acceptance of Terms for CSD Weatherization Services (to be completed by the Owner-Occupant or Tenant)

I agree to accept the following TERMS required for my primary residence to receive services from the Department of Community Services and Development (CSD) weatherization programs(s):

1. I certify that the above-listed property is my primary residence.
2. I (the Owner-Occupant or Tenant), grant the Contractor/Agency permission to enter my dwelling to perform assessments, conduct diagnostics, take photos only of weatherization work to be performed or deferred (as it relates to individual or whole house services), install feasible weatherization services and perform inspections in accordance with CSD weatherization program policies and standards to the above-listed dwelling.
3. I acknowledge that an assessment of my dwelling is necessary to determine the work that can be performed and that the work that is available may be limited due to the needs and condition of my residence. Identified work may not be provided if it does not meet all program requirements and specifications and may lead to full or partial deferral of work. My refusal of certain work may prevent the installation of other identified work in accordance to program requirements.
4. I hereby release and pledge to hold harmless the Contractor/Agency listed below, and its staff, from any liability in connection with the work identified on a summarized list, except as a consequence of gross negligence or willful and wanton misconduct.
5. I authorize the Contractor/Agency to access my utility company records to obtain only energy usage data for a period of one year before and two years after weatherization measures are installed.
6. I grant the Contractor/Agency, local, State and/or Federal inspectors permission to enter the dwelling after reasonable notice to perform inspections to verify the existence and quality of work performed by the Contractor/Agency and compliance with local, State, and/or Federal building codes and programmatic guidelines and acknowledge that a permit may be required for specific weatherization work. I understand that I may be held financially responsible for the weatherization work if I refuse to allow access for inspection and permitting purposes.
7. I shall not remove any permanently installed energy conservation measures unless they are damaged or no longer functional in the residence from where they were installed.

**Additional Certifications For Owner-Occupants ONLY:**

8. I acknowledge and agree that this property is not for sale at the time of qualifying for the program and will not be offered for sale or otherwise distributed for at least sixty days following the completion of weatherization services.
9. Mobile home units only: I acknowledge that I may not receive services that require a permit if the registration on the mobile unit is not up-to-date.

**Additional Certifications For Tenants ONLY:**

10. I acknowledge that the Rental Property Owner must grant the Contractor/Agency the same permissions by signing CSD 515B Energy Service Agreement for Rental Property Owner before any services are rendered.



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

11. I understand that the Property Owner cannot raise the rent of the unit for a period of two years from the date of weatherization because of the increased value of the unit due solely to weatherization measures provided by the Contractor/Agency (allowable factors for rent increase include an actual increase in property taxes, actual cost of amortizing other improvements to the property accomplished after the date of work completed by the Contractor/Agency, or actual increases in expenses of maintaining and operating this property).
12. I acknowledge that I have been provided a copy of this Agreement explaining its terms effective for a two year period after weatherization services have been completed. Complaint Process: In the event the provisions of this Agreement related to increased rent or the landlord's failure to decrease utility costs for master metered units are not met, tenants may contact the Contractor/Agency to submit a verbal or written complaint, which will be investigated by the Department of Community Services and Development. Contractor/Agency contact information is located on this Agreement under the section entitled, "Contractor/Agency Assurance."
13. I may retain the replacement energy conservation measure installed by the CSD weatherization program(s) if the replaced appliance was my personal property .

I CERTIFY THAT I am the Owner-Occupant or Tenant residing in the dwelling listed above that serves as my primary residence and that all given statements are true and correct to the best of my knowledge. I have read and understand these TERMS and RELEASE, and agree to be bound by all of its terms and conditions in order to receive weatherization services under the CSD weatherization program(s).

Owner-Occupant or Tenant's Signature	Date

### Contractor/Agency Assurance

Contractor/Agency (Print name)		Address	
CSLB Number (if applicable)	City	ZIP Code	Contractor/Agency Telephone Number
Contractor/Agency Email Address			Contractor/Agency FAX Number

*The Contractor/Agency agrees to the following:*

1. Shall be responsible for the feasible cost of weatherization measures performed other than cash contribution from the Owner or Owner Agent, if applicable, and any subsequent non-compliance.
2. Shall ensure that the Contractor/Agency is properly insured.
3. Shall ensure that work is conducted in a professional manner and meets program and building code standards.
4. Shall not make any significant structural changes to the dwelling without requesting written permission specifically describing the change from the dwelling owner.
5. Shall provide in writing a list of all weatherization measures installed in the unit.
6. Shall assure that the owner, or owner's agent, and tenant data shall be maintained in a confidential manner to assure compliance with the Information Practices Act of 1977, as amended, and the Federal Privacy Act of 1974, as amended.

Agency Program Manager's Signature	Agency Program Manager's Name (Print name)	Date



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR RENTAL PROPERTY OWNER

Single-Family/Mobile Home Dwelling Information				
Tenant Name		Dwelling Address		
City		Zip Code	Type Single <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/>	
Multi-Family Dwelling/Complex Information				
Number of Eligible Buildings in Complex:		Use additional pages, if necessary.		
Building #1				
Complex/Building Name (if applicable)		Building Address		
City	ZIP Code	# of Units in Building	# of Units to be Weatherized	# of Vacant & Unqualified Units
List Qualified Units		List Vacant and Unqualified Units		
Building #2				
Complex/Building Name (if applicable)		Building Address		
City	ZIP Code	# of Units in Building	# of Units to be Weatherized	# of Vacant & Unqualified Units
List Qualified Units		List Vacant and Unqualified Units		
Building #3				
Complex/Building Name (if applicable)		Building Address		
City	ZIP Code	# of Units in Building	# of Units to be Weatherized	# of Vacant & Unqualified Units
List Qualified Units		List Vacant and Unqualified Units		
Owner and Owner's Agent Information				
Owner (Print or type name)		Address		
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Owner Telephone Number	
Owner Email Address			Owner FAX Number	
<i>If the Owner uses an agent for the above-referenced property, complete <u>both</u> Owner and Agent information.</i>				
Agent (Print or type name)		Address		
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Agent Telephone Number	
Agent Email Address			Agent FAX Number	



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR RENTAL PROPERTY OWNER

### Owner or Owner's Agent Acceptance of Terms for CSD Weatherization Services (to be completed by the Owner or Owner's Agent)

I agree to accept all of the following TERMS required for my rental property to receive services from the Department of Community Services and Development (CSD) weatherization program(s):

1. I certify that I am the Owner (or Owner's Agent) of the above-listed rental property.
2. I grant the Contractor/Agency permission to enter my property to perform assessments, conduct diagnostics, take photos only of weatherization work to be performed or deferred (as it relates to individual or whole house services), install feasible weatherization measures and perform inspections in accordance with CSD weatherization program policies and standards to the above-listed rental property.
3. I acknowledge that an assessment of my property is necessary to determine the work that can be performed and that the work that is available may be limited due to the needs and condition of my property. Identified work may not be provided if it does not meet all program requirements and specifications and may lead to full or partial deferral of work. My refusal of certain work may prevent the installation of other identified work in accordance to program requirements.
4. I shall not remove any energy conservation measures unless they are damaged or no longer functional in the rental property from where they were installed. If the replaced item (i.e. refrigerator or other appliance) was the personal property of my tenant, the tenant shall retain the replacement energy conservation measure installed by the CSD weatherization program(s).
5. Mobile home units only: I acknowledge that my property may not receive services that require a permit if the registration is not up-to-date.
6. I hereby release and pledge to hold harmless the Contractor/Agency listed below, and its staff, from any liability in connection with any work identified on a summarized list except as a consequence of gross negligence or willful and wanton misconduct.
7. I authorize the Contractor/Agency to access my complex's utility company master-metered records to obtain only energy usage data for a period of one year before and two years after weatherization measures are installed.
8. I grant the Contractor/Agency, local, State and/or Federal inspectors permission to enter the dwelling after reasonable notice to perform inspections to verify the existence and quality of work performed by the Contractor/Agency and compliance with local, State, and/or Federal building codes and programmatic guidelines and acknowledge that a permit may be required for specific weatherization work. I understand that I may be held financially responsible for the weatherization work if I refuse to allow access for inspection and permitting purposes.
9. I certify that I, as the Owner or Owner's Agent, shall ensure that gas or electric service, or both, that is provided by a master-meter to tenants shall be charged at the utilities' costs in accordance with California Public Utilities Commission Code Section 739.5 or other applicable government regulations.
10. I certify that I, as the Owner or Owner's Agent, shall not raise the rent of any weatherized unit for a period of two years from the date of weatherization-because of the increased value of the unit due solely to weatherization measures provided (allowable factors for rent increase include an actual increase in property taxes, actual cost of amortizing other improvements to the property accomplished after the date of work completed by the Contractor/Agency, or actual increases in expenses of maintaining and operating this property).
11. I acknowledge and agree that this property is not for sale at the time of qualifying for the program and will not be offered for sale or otherwise distributed for at least sixty days following the completion of weatherization services.
12. I certify that I shall provide a copy of this Agreement explaining its terms to all tenants and subsequent tenants residing in the unit within the two year period. Complaint Process: In the event the provisions of this Agreement related to increased rent or the landlord's failure to decrease utility costs for master metered units are not met, tenants may contact the Contractor/Agency to submit a verbal or written complaint, which will be investigated. Contractor/Agency contact information is located on this Agreement under the section entitled, "Contractor/Agency Assurance."

#### Additional Certification for Unoccupied Multi-Unit Dwellings ONLY:

13. I agree that "rent" is defined as the tenant's monthly payment to the Owner (non-subsidized housing) or the contract rent (subsidized housing).
14. I shall submit to the Contractor/Agency a schedule of rents prior to commencement of work.
15. Federal, State or Local Government Rehabilitation Projects only: I certify that if a vacant unit is counted as being an eligible household for purposes of meeting the minimum threshold for whole building weatherization (66% rule), then the unit will become occupied by an eligible family within 180 days after the completion of weatherization (CFR 440.22(b)(2)(ii)).



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR RENTAL PROPERTY OWNER

I CERTIFY THAT I am the Owner or Owner's Agent of the Dwelling or Complex listed above, and that all given statements are true and correct to the best of my knowledge. I have read and understand these TERMS and RELEASE, and agree to be bound by all of its terms and conditions in order for my property to receive weatherization services under the CSD weatherization program(s).

Owner's (or Owner's Agent's) Signature	Date

### Contractor/Agency Assurance

Contractor/Agency (Print or type name)		Address	
CSLB Number (if applicable)	City	ZIP Code	Contractor/Agency Telephone Number
Contractor/Agency Email Address			Contractor/Agency FAX Number

*The Contractor/Agency agrees to the following:*

1. Shall be responsible for the feasible cost of weatherization measures performed other than cash contribution from the Owner or Owner Agent, if applicable, and any subsequent non-compliance.
2. Shall ensure that the Contractor/Agency is properly insured.
3. Shall ensure that work is conducted in a professional manner and meets program and building code standards.
4. Shall not make any significant structural changes to the dwelling without requesting written permission specifically describing the change from the dwelling owner.
5. Shall provide in writing a list of all weatherization measures installed in the rental unit.
6. Shall assure that the owner, or owner's agent, and tenant data shall be maintained in a confidential manner to assure compliance with the Information Practices Act of 1977, as amended, and the Federal Privacy Act of 1974, as amended.

Contractor/Agency Program Manager's Signature	Contractor/Agency Program Manager's Name (Print name)	Date

Required Documentation:

Rent schedule received from Property Owner, if applicable?	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	If applicable, CSD 75 completed?	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------------	----------------------------	----------------------------