

**Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario**

Formulario anexo de admisión del LIHWAP

CSD 43 -A (04/2022)

<i>Solo para uso oficial:</i>	
A.C.C.	
Fecha de cert. de elegibilidad	

Agencia: SJC Aging and Community Services Iniciales de ingreso: Fecha de ingreso:

¿Es dueño o alquila su hogar?.....  Dueño  Alquila

**MIEMBROS DEL HOGAR**

A CONTINUACIÓN INGRESE LA INFORMACIÓN DE **TODOS** LOS MIEMBROS DEL HOGAR.  
Si hay más de 7 personas en su hogar, indique la información en un papel aparte.

**SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante <i>Usted mismo</i>
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		

**MIEMBRO DEL HOGAR 2**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		

**MIEMBRO DEL HOGAR 3**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		

**MIEMBRO DEL HOGAR 4**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		

**MIEMBRO DEL HOGAR 5**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		

**MIEMBRO DEL HOGAR 6**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
--------	----------------------------	----------	-----------------------------

Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	¿Hispano/Latino/Español?
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder

**MIEMBRO DEL HOGAR 6**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	¿Hispano/Latino/Español?	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	

¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalWorks (asistencia con dinero en efectivo)?  Sí  No

¿Usted o alguien de su hogar recibieron asistencia LIHEAP en los últimos 120 días?  Sí  No

**PAGAR FACTURA**

¿A qué factura quiere que se aplique el beneficio LIHWAP, lo que incluye los estados de cuenta del impuesto sobre bienes inmuebles (SELECCIONE SOLO UNA)? (Adjunte una copia completa de la factura o el recibo más recientes)

Factura del agua  Factura de tratamiento de aguas residuales  El agua y el tratamiento de aguas residuales están combinadas en una sola factura

**Ingrese la empresa de agua/tratamiento de aguas y el número de cuenta:**

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Su servicio público está cortado?  Sí  No

¿Tiene un aviso de factura vencida o saldo vencido en su factura?  Sí  No

¿Sus servicios públicos se incluyen en el alquiler o tiene una cuenta con medidor individual?  Sí  No

La información de esta solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para obtener asistencia. Al firmar, doy mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (socios de CSD) y a mi empresa de servicio público y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de servicio público de mi hogar, además de otras informaciones necesarias para proporcionarme servicios y beneficios, según se describe al final del formulario. Comprendo que si se rechaza mi solicitud de beneficios LIHWAP o si recibo una respuesta tardía o un rendimiento insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito ante el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará a más tardar 15 días después de su recepción. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor local de servicios, puedo apelar ante el Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario, de conformidad con el Título 22 del Código de Reglamentos de California, sección 100805. Declaro, bajo pena de perjuicio, que la información de esta solicitud es verdadera, correcta y los fondos recibidos se utilizarán solamente con el fin de pagar mis gastos de agua y tratamiento de aguas.

<b>X</b>		
*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***		Fecha

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios y Desarrollo Comunitario (CSD, Community Services and Development). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Low Income Household Water Assistance Program (LIHWAP, Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos). AUTORIDAD: El Código de Gobierno, sección 12087.2 (b) nombra a CSD como la agencia responsable de administrar LIHWAP. PROPÓSITO: La información que proporcione se utilizará para decidir si es elegible para un beneficio LIHWAP. OTORGAR INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información necesaria. OTRA INFORMACIÓN: El CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual del Ingreso medio del estado, Nivel federal de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para determinar la elegibilidad en el programa. Es probable que durante el proceso de solicitud, el contratista designado por el CDS tenga que pedirle más información para decidir su elegibilidad. ACCESO: El subcontratista designado por el CDS guardará su solicitud llenada y demás información, si se utiliza, para determinar su elegibilidad. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contienen información sobre usted. El CDS no discrimina en la disposición de servicios según raza, creencias religiosas, color, nacionalidad, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

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

**Beneficio total de LIHWAP \$** \_\_\_\_\_

**Gasto total de agua o tratamiento de aguas (solo costo de agua) \$** \_\_\_\_\_ **Costo de agua** \_\_\_\_\_

Servicios de agua restablecido después de un corte:  Sí  No Se evitó el corte de servicios de agua:  Sí  No