



APPLICATION FOR:

**GAS / ELECTRIC &
WEATHERIZATION**

APLICACIÓN PARA:

***GAS / ELECTRICIDAD &
CLIMATIZACIÓN***



LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (LIHEAP) PY 2026

ACKNOWLEDGMENT FORM

(CE-CSD 321)

The San Joaquin County Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) can assist San Joaquin County residents with gross household incomes at or below 60% of State Median Income level.

2026 Income Guidelines at 60% of State Median Income (SMI)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
\$3331.66	\$4356.83	\$5382.00	\$6407.16	\$7432.25	\$8457.41	\$8649.66	\$8841.83	\$9034.08	\$9226.25

- Attach copies of all current energy bills for electric, gas, propane fuel, and wood.** Please include all pages of each utility bill or invoice. **FOR DELINQUENT/OR SHUT-OFF ACCOUNTS:** Include the delinquent bill or notice in addition to the regular bill.
- Attach copies of current income for everyone in the household.** See the checklist on the back page of the application packet for acceptable documents and detailed instructions.
- Attach a copy of the applicant's proof of U.S. Citizenship or Permanent Resident Status** (i.e. Birth Certificate, CA REAL ID, Certification of Naturalization, or Permanent Resident Card).
- FOR THE WEATHERIZATION PROGRAM:** Please complete & return the **San Joaquin County Weatherization Program Form** with your completed LIHEAP application.
- Please sign and date below** to acknowledge you will review the Energy Conservation and Home Budgeting Tips upon receipt (to be sent separately). To download the documents to your electronic device, please visit the website at: www.sjchsa.org and click on the *Forms* link.
- Failure to provide all the required information may cause your application to be delayed or denied.**

 Applicant's Signature

 Date

 Applicant Name

 Email Address

LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (LIHEAP) PY 2026

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

(CE-CSD 321)

El Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos del Condado de San Joaquin (LIHEAP) puede ayudar a los residentes del Condado de San Joaquin con ingresos brutos del hogar en o por debajo del 60% del nivel de ingreso medio estatal.

2026 Pautas de ingresos al 60% del ingreso medio estatal (SMI)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
\$3331.66	\$4356.83	\$5382.00	\$6407.16	\$7432.25	\$8457.41	\$8649.66	\$8841.83	\$9034.08	\$9226.25

- Sujete una copia de todas las facturas de energía actuales para electricidad, gas, propano y madera.** Incluya todas las páginas de cada factura o factura de servicios públicos. **PARA CUENTAS DE DELINCUENCIA O CERRADO:** Incluya la factura o aviso morosos además de la factura regular.
- Sujete copias de los ingresos actuales para todos en el hogar.** Vea la lista de verificación en la parte posterior para obtener documentos aceptables e instrucciones detalladas.
- Sujete una copia de la prueba del solicitante de ciudadanía estadounidense o estado de residente permanente** (es decir, certificado de nacimiento, certificación de naturalización o tarjeta de residencia permanente).
- PARA EL PROGRAMA DE CLIMATIZACIÓN:** Complete y envíe la forma **San Joaquín County Weatherization Program Form** con su solicitud LIHEAP.
- Firme y ponga la fecha a continuación** para confirmar que revisará los Consejos de conservación de energía y Presupuesto para el hogar, al recibirlos (que se enviarán por separado). Para descargar los documentos a su dispositivo electrónico, visite el sitio web en: www.sjchsa.org y haga clic en el enlace Formularios.
- Si no proporciona toda la información requerida, su solicitud puede demorarse o denegarse.**

Firma Del Solicitante

Fecha | De Hoy

Nombre del solicitante

Dirección de correo electrónico

Department of Community Services and Development

Energy Intake Form

CSD 43 (05/2025)

Official Use Only:

Priority Points

A.C.C.

Eligibility Cert Date

Agency: SIC AGING AND COMMUNITY SRVS

Intake Initials:

Intake Date:

First name

Middle Initial

Last Name

Date of Birth

MM/DD/YY

SERVICE ADDRESS – Address where you live (this *cannot* be a P.O. Box)

Service Address

Unit Number

Service City

Service County

Service State

Service Zip Code

Have you lived at this residence during each of the past 12 months? ☐ Yes ☐ No

Is your service address the same as mailing address?..... ☐ Yes ☐ No

Do you own or rent your home?..... ☐ Own ☐ Rent

Mailing Address

Unit Number

Mailing City

Mailing County

Mailing State

Mailing Zip Code

Social Security Number
(SSN):

Home Phone ()

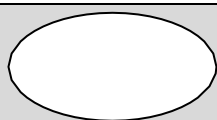
Mobile Phone ()

Do you agree to opt in to receive text messages? ☐ Yes ☐ No

E-mail Address:

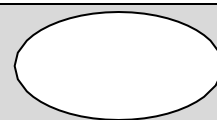
PEOPLE LIVING IN HOUSEHOLD

Enter the total number of people living in the household, including yourself →



INCOME

Enter the total number of people who receive income →



Demographics: Enter the number of people in the household who are:

*Enter the total **gross** monthly income for **all** people living in the household:*

Ages 0 – 2 Years

TANF / CalWORKs

\$

Ages 3 - 5 years

SSI / SSP

\$

Ages 6 - 18 years

SSA / SSDI

\$

Ages 19 - 59

Paycheck(s)

\$

Ages 60 and older

Interest

\$

Disabled

Pension

\$

Native American

Other

\$

Seasonal or Migrant Farmworker

Total Monthly Income

\$

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo

Formulario de admisión de energía

CSD 43 (05/2025)

Solo para uso oficial:

Puntos prioritarios

A.C.C.

Fecha del certificado de elegibilidad

Agencia:

Iniciales de admisión:

Fecha de admisión:

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento DD/MM/AA

DIRECCIÓN DE SERVICIO: dirección en la que vive (no puede ser un apartado postal)

Dirección de servicio

Número de unidad

Ciudad

Condado

Estado

Código postal

¿Ha vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Es su dirección de servicio la misma que la dirección postal? ☐ Sí ☐ No

¿Es propietario o alquila su vivienda? ☐ Propiedad ☐ Alquiler

Dirección postal de envío

Número de unidad

Ciudad de envío

Condado de envío

Estado de envío

Código postal de envío

Número de Seguridad Social (SSN):

Teléfono residencial ()

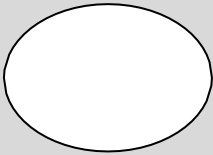
Teléfono móvil ()

¿Acepta recibir mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico:

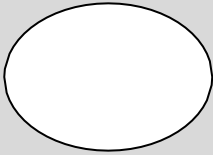
PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Indique el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted mismo.



INGRESOS

Indique el número total de personas que reciben ingresos



Demografía: Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen:

De 0 a 2 años

De 3 a 5 años

De 6 a 18 años

De 19 a 59 años

Mayores de 60 años

Discapacitados

Indígena americano

Trabajador agrícola temporero o migrante

Indique el total de ingresos brutos mensuales de todas las personas que viven en el hogar:

TANF / CalWORKs

SSI / SSP

SSA / SSDI

Cheques de pago

Interés

Pensión

Otros

Total de ingresos mensuales

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

HOUSEHOLD MEMBERSENTER THE INFORMATION BELOW FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS.

If you have more than 6 people in your household, please list the information on a separate piece of paper.

APPLICANT (HOUSEHOLD MEMBER 1)

First Name	M.I.	Last Name	Relationship to Applicant <i>Self</i>
Date of Birth:	Race: ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White ☐ Multi-Race ☐ Other ☐ Unknown/Decline to State		Hispanic/ Latino/Spanish? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown/Decline to State
Sex: ☐ Female ☐ Male ☐ Unknown/Decline to State			
Have you served or are you an immediate family member of someone who served in the United States military? ☐ Yes, I have Served ☐ Yes, I am the Spouse, legal partner, parent, or child of a person who served in the United States military ☐ No ☐ Decline to State		I consent to this agency, and CSD, transmitting my name, email address, mailing address, and mobile telephone number to the Department of Veterans Affairs only for the purpose of receiving additional information on veterans benefits for which I or my family member may be eligible. I understand that this consent is valid for 12 months. ☐ Yes ☐ No	
Amount of Gross Monthly Income (before taxes):		Source of Income:	

HOUSEHOLD MEMBER 2

First Name	M.I.	Last Name	Relationship to Applicant
Date of Birth:	Race: ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White ☐ Multi-Race ☐ Other ☐ Unknown/Decline to State		Hispanic/ Latino/Spanish? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown/Decline to State
Sex: ☐ Female ☐ Male ☐ Unknown/Decline to State			
Amount of Gross Monthly Income (before taxes):		Source of Income:	

HOUSEHOLD MEMBER 3

First Name	M.I.	Last Name	Relationship to Applicant
Date of Birth:	Race: ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White ☐ Multi-Race ☐ Other ☐ Unknown/Decline to State		Hispanic/ Latino/Spanish? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown/Decline to State
Sex: ☐ Female ☐ Male ☐ Unknown/Decline to State			
Amount of Gross Monthly Income (before taxes):		Source of Income:	

HOUSEHOLD MEMBER 4

First Name	M.I.	Last Name	Relationship to Applicant
Date of Birth:	Race: ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White ☐ Multi-Race ☐ Other ☐ Unknown/Decline to State		Hispanic/ Latino/Spanish? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown/Decline to State
Sex: ☐ Female ☐ Male ☐ Unknown/Decline to State			
Amount of Gross Monthly Income (before taxes):		Source of Income:	

MIEMBROS DEL HOGARINDIQUE A CONTINUACIÓN LOS DATOS DE **TODO**S LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

Si en su hogar viven más de 6 personas, indique la información en una hoja de 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: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático	¿Hispano/latino/español?	
Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar	
¿Ha prestado servicio o es un familiar directo de alguien que sirvió en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí, he prestado servicio ☐ Sí, soy el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que sirvió en el ejército de los Estados Unidos ☐ No ☐ Se niega a declarar		Doy mi consentimiento para que esta agencia y CSD transmitan mi nombre, correo electrónico, dirección postal y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos únicamente con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos a los que yo o un miembro de mi familia podamos ser elegibles. Entiendo que este consentimiento es válido durante 12 meses. ☐ Sí ☐ No	
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 2

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático	¿Hispano/latino/español?	
Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar	
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 3

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático	¿Hispano/latino/español?	
Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar	
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 4

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático	¿Hispano/latino/español?	
Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar	
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

HOUSEHOLD MEMBER 5			
First Name	M.I.	Last Name	Relationship to Applicant
Date of Birth:	Race: ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White ☐ Multi-Race ☐ Other ☐ Unknown/Decline to State		Hispanic/ Latino/Spanish? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown/Decline to State
Sex: ☐ Female ☐ Male ☐ Unknown/Decline to State			
Amount of Gross Monthly Income (before taxes):		Source of Income:	

HOUSEHOLD MEMBER 6			
First Name	M.I.	Last Name	Relationship to Applicant
Date of Birth:	Race: ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White ☐ Multi-Race ☐ Other ☐ Unknown/Decline to State		Hispanic/ Latino/Spanish? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown/Decline to State
Sex: ☐ Female ☐ Male ☐ Unknown/Decline to State			
Amount of Gross Monthly Income (before taxes):		Source of Income:	

Are you or someone in your household CURRENTLY receiving CalFresh (Food Stamps)? ☐ Yes ☐ No
--

PAY BILL

To which energy bill (CHOOSE ONLY ONE) do you want the LIHEAP benefit to be applied? (Attach complete copy of most recent bill or receipt)

☐ Natural Gas
 ☐ Electricity
 ☐ Wood
 ☐ Propane
 ☐ Fuel Oil
 ☐ Kerosene
 ☐ Manufactured log
 ☐ Pellets
 ☐ Other Fuel

Enter the energy company and account number:

Company Name: _____ Account #: _____

Is your utility service shut-off? ☐ Yes ☐ No

Do you have a past due notice? ☐ Yes ☐ No

Are your utilities included in rent or submetered? ☐ Yes ☐ No

Are your utilities all electric? ☐ Yes ☐ No

Is your Natural Gas Company the same as your Electric Company? ☐ Yes ☐ No

WOOD, PROPANE or FUEL OIL SERVICE (WPO)

Are you currently out of fuel? (Wood, Propane, Oil, Kerosene, Other Fuels) ☐ Yes ☐ No ☐ N/A

List the approximate number of days until you run out of fuel (Wood, Propane, Oil, Kerosene, Other Fuels).

Number of Days: _____ ☐ N/A

ENERGY INFORMATION

The questions below are **MANDATORY**. Please check all energy sources used to heat your home.
 A copy of **all** recent energy bills and/or receipts for any home energy cost **must** be provided.
 NOTE: A copy of an electric bill must be included even if you do not use electricity to heat your home.

What is the main fuel used to HEAT your home? One main heating source **MUST** be checked.

☐ Natural Gas
 ☐ Electricity
 ☐ Wood
 ☐ Propane
 ☐ Fuel Oil
 ☐ Kerosene
 ☐ Manufactured log
 ☐ Pellets
 ☐ Other Fuel

In addition to your main heating source, do you ever use any of the following to heat your home (you can select more than one):

☐ Natural Gas
 ☐ Electricity
 ☐ Wood
 ☐ Propane
 ☐ Fuel Oil
 ☐ Kerosene
 ☐ Manufactured log
 ☐ Pellets
 ☐ Other Fuel
 ☐ N/A

Are you the account holder: **Electric Bill** ☐ Yes ☐ No **Natural Gas Bill** ☐ Yes ☐ No

MIEMBRO DEL HOGAR 5			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):			
		Fuente de ingresos:	
MIEMBRO DEL HOGAR 6			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar		
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):			
		Fuente de ingresos:	

¿Usted o alguien de su hogar recibe ACTUALMENTE CalFresh (cupones de alimentos)?	☐ Sí	☐ No
FACTURA DE PAGO ¿A qué factura energética (ELEGIR SOLO UNA) desea que se aplique el beneficio de LIHEAP? (Adjunte copia completa de la factura o recibo más reciente) ☐ Gas natural ☐ Electricidad ☐ Madera ☐ Propano ☐ Aceite combustible ☐ Queroseno ☐ Leña fabricada ☐ Pellets ☐ Otros combustibles Introduzca la compañía energética y el número de cuenta: Nombre de la compañía: _____ Número de cuenta: _____ ¿Le han cortado el servicio público? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene algún aviso de morosidad? ☐ Sí ☐ No		
¿Están los servicios públicos incluidos en el alquiler o están subcontratados? ☐ Sí ☐ No		
¿Todos sus servicios son eléctricos? ☐ Sí ☐ No		
¿Es su compañía de gas natural la misma que su compañía eléctrica? ☐ Sí ☐ No		
SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO) ¿Se ha quedado sin combustible? (Madera, propano, petróleo, queroseno, otros combustibles) ☐ Sí ☐ No ☐ N/A Indique el número aproximado de días que faltan para que se le acabe el combustible (madera, propano, petróleo, queroseno, otros combustibles). Número de días: _____ ☐ No aplica		
INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA Las siguientes preguntas son OBLIGATORIAS . Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su vivienda. Deberá presentar una copia de todas las facturas o recibos recientes de cualquier gasto energético doméstico. NOTA: Debe incluir la copia de una factura de luz aunque no utilice electricidad para calentar su vivienda.		
¿Cuál es el principal combustible utilizado para CALENTAR su vivienda? DEBE marcar UNA fuente de calefacción principal. ☐ Gas natural ☐ Electricidad ☐ Madera ☐ Propano ☐ Aceite combustible ☐ Queroseno ☐ Leña fabricada ☐ Pellets ☐ Otros combustibles		
Además de su fuente de calefacción principal, ¿utiliza alguna de las siguientes para calentar su casa (puede seleccionar más de una): ☐ Gas natural ☐ Electricidad ☐ Madera ☐ Propano ☐ Aceite combustible ☐ Queroseno ☐ Leña fabricada ☐ Pellets ☐ Otros combustibles ☐ N/A		
¿Es usted el titular de la cuenta?: Factura de luz ☐ Sí ☐ No Factura del gas natural ☐ Sí ☐ No		

The information on this application will be used to determine and verify my eligibility for assistance. By signing below, I give my consent (permission) to CSD, its contractors, consultants, other federal or state agencies (CSD Partners) and to my utility company and its contractors, to share information about my household's utility account, energy usage and/or other information needed to provide services and benefits to me as described at the end of the form. My consent shall be effective for the period beginning 24 months prior to, and continuing for 36 months after, the date signed below. I understand that if my application for LIHEAP/DOE benefits or services is denied, or if I receive untimely response or unsatisfactory performance, I may initiate a written appeal with the local service provider and my appeal shall be reviewed no later than 15 days after the appeal is received. If I am not satisfied with the local service provider's decision I may then appeal to the Department of Community Services and Development pursuant to Title 22, California Code of Regulations section 100805. If applicable, I hereby authorize installation of weatherization measures to my residence at no cost to me. I declare, under penalty of perjury, that the information on this application is true, correct, and that the funds received will be used solely for the purpose of paying my energy costs.

X		
	*** APPLICANT'S SIGNATURE ***	Date

AGENCY NAME: Community Services and Development (CSD). UNIT RESPONSIBLE FOR MAINTENANCE: Home Energy Assistance Program (HEAP). AUTHORITY: Government Code Section 16367.6 (a) Names CSD as the agency responsible for managing HEAP. PURPOSE: The information you provide will be used to decide if you are eligible for a LIHEAP payment and/or weatherization services. GIVING INFORMATION: This program is voluntary. If you choose to apply for assistance, you must give all required information. OTHER INFORMATION: CSD uses statistical definitions from the annual update of the Department of Health and Human Services' State Median Income, Federal Income Poverty Guidelines, to determine program eligibility. During application processing, CSD's designated subcontractor may need to ask you for more information to decide your eligibility for either or both programs. ACCESS: CSD's designated subcontractor will keep your completed application and other information, if used, to determine your eligibility. You have the right to access all records holding information about you. CSD does not discriminate in the provision of services on the basis of race, religious creed, color, national origin, ancestry, physical disability, mental disability, medical condition, marital status, sex, age, or sexual orientation.

APPLICANT: DO NOT FILL OUT THE INFORMATION BELOW. THIS SECTION IS FOR OFFICIAL USE ONLY.			
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: ☐	

La información que aparece en esta solicitud se utilizará para determinar y verificar si cumplo los requisitos para recibir ayuda. Firmando a continuación, doy mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (Socios de CSD) y a mi compañía de servicios públicos y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de servicios públicos de mi hogar, el uso de energía u otra información necesaria para proporcionarme servicios y beneficios según se describe al final del formulario. Mi consentimiento será efectivo durante el periodo comprendido entre los 24 meses anteriores y los 36 meses posteriores a la fecha firmada a continuación. Entiendo que si mi solicitud de beneficios o servicios de LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta inoportuna o un desempeño insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito con el proveedor local de servicios y mi apelación se revisará dentro de los 15 días siguientes a su recepción. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor local de servicios, puedo apelar al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de conformidad con el Título 22, sección 100805 del Código de Reglamentos de California. Si procede, por el presente autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que figura en esta solicitud es verdadera, correcta y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para pagar mis gastos de energía.

X		
*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***		Fecha

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de asistencia de energía en el hogar (HEAP). AUTORIDAD: La Sección 16367.6 (a) del Código Gubernamental nombra al CSD organismo responsable de la gestión del HEAP. OBJETIVO: La información que indique se utilizará para decidir si usted cumple los requisitos para recibir un pago de LIHEAP o servicios de climatización. ENTREGA DE INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar ayuda, debe facilitar toda la información requerida. OTRA INFORMACIÓN: El CSD utiliza las definiciones estadísticas de la actualización anual de las Guías de Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la admisión al programa. Durante la tramitación de la solicitud, es posible que el subcontratista designado por el CSD tenga que pedirle más información para decidir si cumple los requisitos para uno o ambos programas. ACCESO: El subcontratista designado por el CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, si se utiliza, para determinar su admisión. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. El CSD no discrimina en la prestación de servicios por motivos de raza, credo religioso, color, origen nacional, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

SOLICITANTE: NO COMPLETE LA INFORMACIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.	
Programa de ayuda a los servicios públicos → ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ HEAP WPO ☐ ECIP WPO	
Beneficio básico \$ _____	Complemento \$ _____ Beneficio total \$ _____
Costo total de energía \$ _____	Carga energética _____
Servicios energéticos restablecidos tras la desconexión: ☐ Sí ☐ No	
Se impide la desconexión de los servicios energéticos: ☐ Sí ☐ No	
Hogar remitido para climatización: ☐	Hogar ya climatizado: ☐

STATEMENT OF CITIZENSHIP or NON-CITIZEN STATUS FOR PUBLIC BENEFITS

Name of the Applicant Requesting Energy Services	Date
Name of Person Acting for Applicant, if any	Relationship to Applicant

Public Benefits To Citizens And Non-Citizens

Citizens and Nationals of the United States who meet all eligibility requirements may receive services under the Low-Income Home Energy Assistance Program and/or the Department of Energy Low-Income Weatherization Assistance Program and must fill out ***Sections A and D.***

Non-Citizens who meet all eligibility requirements may receive services under the Low-Income Home Energy Assistance Program and/or the Department of Energy Low-Income Weatherization Assistance Program and must complete ***Sections A, B or C, and D.***

Section A: Citizenship/Non-Citizen Status Declaration

1. Is the applicant a citizen or national of the United States? ☐ Yes ☐ No

If the answer to the above question is yes, where was he/she born? City/State

2. To establish citizenship or naturalization, please submit one of the documents on ***List A*** (attached hereto) which is legible and unaltered to establish proof.

If you are a **Citizen or National of the United States**, please go directly to ***Section D.***

If you are a **Non-Citizen**, please complete ***Section B, or, if applicable, Section C.***

Section B: Non-Citizen Status Declaration

Important: Please indicate the applicant's non-citizen status below, and submit documents evidencing such status. The no citizen status documents listed for each category are the most commonly used documents that the United States Immigration and Naturalization Service (INS) provides to non-citizens in those categories. You can provide other acceptable evidence of your non-citizen status even if not listed below.

- ☐ 1. An alien lawfully admitted for permanent residence under the Immigration and Naturalization Act (INA). Evidence includes:
- INS Form I-551 (Alien Registration Receipt Card, commonly known as a "green card"); or
 - Unexpired Temporary I-551 stamp in foreign passport or on INS Form I-94.
- ☐ 2. An alien who is granted asylum under section 208 of the INA. Evidence includes:
- INS Form I-94 annotated with stamp showing grant of asylum under section 208 of the INA;
 - INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated "274a.12(a)(5)";
 - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated "A5";
 - Grant letter from the Asylum Office of INS; or
 - Order of an immigration judge granting asylum.
- ☐ 3. A refugee admitted to the United States under section 207 of the INA. Evidence includes:
- INS Form I-94 annotated with stamp showing admission under section 207 of the INA;
 - INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated "274a.12(a)(3)";
 - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated "A3"; or
 - INS Form I-571 (Refugee Travel Document)
- ☐ 4. An alien paroled into the United States for at least one year under section 212(d)(5) of the INA. Evidence includes:
- INS Form I-94 with stamp showing admission for at least one year under section 212(d)(5) of the INA. (Applicant cannot aggregate periods of admission for less than one year to meet the one-year requirement.)

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA o ESTADO DE NO CIUDADANO PARA BENEFICIOS PÚBLICOS

Nombre del Solicitante que Solicita los Servicios de Energía	Fecha
Nombre de la persona que actúa en nombre del solicitante, si corresponde	Relación con el solicitante

Beneficios públicos para ciudadanos y no ciudadanos

Los ciudadanos y nacionales de los Estados Unidos que cumplan con todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos y / o Climatización del Departamento de Energía para Bajos Ingresos Programa de asistencia y debe completar las **Secciones A y D**.

Los no ciudadanos que cumplan con todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios de energía para hogares de bajos ingresos. Programa de Asistencia y / o el Programa de Asistencia de Climatización para Personas de Bajos Ingresos del Departamento de Energía y debe completar las **Secciones A, B o C y D**.

Sección A: Declaración de ciudadanía / estado de no ciudadano

1. ¿El solicitante es ciudadano o nacional de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta a la pregunta anterior es sí, ¿dónde nació? Ciudad/Estado
2. Para establecer la ciudadanía o naturalización, envíe uno de los documentos de la **Lista A** (adjunta) que sea legible e inalterado para establecer el comprobante.

Si es **Ciudadano o Nacional de los Estados Unidos**, vaya directamente a la **Sección D**.

Si **no es ciudadano**, complete la **Sección B**, o, si corresponde, la **Sección C**.

Sección B: Declaración de estatus de no ciudadano

Importante: Indique a continuación el estado de no ciudadano del solicitante y presente los documentos que demuestren su estado migratorio. Los documentos enumerados de estatus de no ciudadano para cada categoría son los documentos de uso más común que el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS) proporciona a los no ciudadanos en esas categorías. Puede proporcionar otras pruebas aceptables de su estatus de no ciudadano incluso si no se encuentra a continuación.

- ☐ 1. Un extranjero admitido legalmente para la residencia permanente bajo la Ley de Inmigración y Naturalización (INA). La evidencia incluye:
- Forma INS I-551 (tarjeta de Residente Permanente, comúnmente conocida como “tarjeta verde”, “mica”); o
 - Sello I-551 temporal vigente en el pasaporte extranjero o en la forma I-94 del INS.
- ☐ 2. Un extranjero al que se le ha otorgado asilo bajo la sección 208 de la INA. La evidencia incluye:
- Forma I-94 del INS anotado con un sello mostrando que se le ha sido otorgado asilo según la sección 208 de la INA;
 - Forma INS I-688B (tarjeta de autorización de empleo) anotado “274a.12 (a) (5)”;
 - Forma INS I-766 (documento de autorización de empleo) anotado “A5”;
 - Carta de otorgación de la Oficina de Asilo del INS; o
 - Orden de un juez de inmigración que otorga asilo.
- ☐ 3. Un refugiado admitido en los Estados Unidos bajo la sección 207 de la INA. La evidencia incluye:
- Forma I-94 del INS anotado con un sello que muestra la admisión bajo la sección 207 de la INA;
 - Forma INS I-688B (tarjeta de autorización de empleo) anotado “274a.12 (a) (3)”;
 - Forma INS I-766 (documento de autorización de empleo) anotado “A3”; o
 - Forma INS I-571 (documento de viaje para refugiados)
- ☐ 4. Un extranjero admitido condicionalmente en los Estados Unidos durante al menos un año bajo la sección 212 (d) (5) de la INA. Evidencia incluye:
- Forma INS I-94 con sello que muestre la admisión durante al menos un año según la sección 212 (d) (5) de la INA. (El solicitante no puede agregar períodos de admisión de menos de un año para cumplir con el requisito de un año).

- ☐ 5. An alien whose deportation is being withheld under section 243(h) of the INA (as in effect prior to April 1, 1997) or section 241(b)(3) of such Act (as amended by section 305(a) of division C of Public Law 104-208). Evidence includes:
- INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated "274a.12(a)(10)";
 - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated "A10"; or
 - Order from an immigration judge showing deportation withheld under section 243(h) of the INA as in effect prior to April 1, 1997, or removal withheld under section 241(b)(3) of the INA.
- ☐ 6. An alien who is granted conditional entry under section 203(a)(7) of the INA as in effect prior to April 1, 1980. Evidence includes:
- INS Form I-94 with stamp showing admission under section 203(a)(7) of the INA;
 - INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated "274a.12(a)(3)"; or
 - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated "A3."
- ☐ 7. An alien who is a Cuban or Haitian entrant (as defined in section 501(e) of the Refugee Education Assistance Act of 1980). Evidence includes:
- INS Form I-551 (Alien Registration Receipt Card, commonly known as a "green card") with the code CU6, CU7, or CH6;
 - Unexpired temporary I-551 stamp in foreign passport or on INS Form I-94 with the code CU6 or CU7; or
 - INS Form I-94 with stamp showing parole as "Cuban/Haitian Entrant" under section 212(d)(5) of the INA; or paroled after 10/10/80 in the special status for nationals of Cuba or Haiti.
- ☐ 8. An alien paroled into the United States for less than one year under section 212(d)(5) of the INA. (Evidence includes INS Form I-94 showing this status.)
- ☐ 9. An alien not in categories 1 through 8 who has been admitted to the United States for a limited period of time (a nonimmigrant). Non-immigrants are persons who have temporary status for a specific purpose. (Evidence includes INS Form I-94 showing this status.)
- ☐ 10. I self-certify that I am a U.S. citizen or non-citizen national or qualified alien but am unable to provide documentation. (Only allowable under the Energy Crisis Intervention Program (ECIP) component of the LIHEAP Program.)

Section C: Declaration for Certain Battered Aliens

Important: Complete this section if the applicant, the applicant's child, or the applicant child's parent has been battered or subjected to extreme cruelty in the United States by a spouse or parent.

- ☐ 1. Has the INS or the EOIR granted a petition or application filed by or on behalf of the applicant, the applicant's child, or the applicant child's parent under the INA or found that a pending petition sets forth a prima facie case for granting permission to stay in the United States? Evidence includes one of the documents on List B (attached hereto).
- ☐ 2. Has the applicant, the applicant's child, or the applicant child's parent been battered or subjected to extreme cruelty in the United States by a spouse or parent, or by a spouse's or parent's family member living in the same house (where the spouse or parent consented to or acquiesced in the battery or cruelty)?

Section D: Certification

I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF CALIFORNIA THAT THE ANSWERS I HAVE GIVEN ARE TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

Applicant's Signature

Date

Signature of Person Acting for Applicant

Date

Attachments: Lists A and B

COMPLETE, SIGN, AND RETURN THIS FORM

- ☐ 5. Un extranjero cuya deportación está siendo retenida bajo la sección 243 (h) de la INA (en efecto antes del 1 de abril de 1997) o la sección 241 (b) (3) de dicha Ley (según enmendada por la sección 305 (a) de la división C de la Ley Pública 104-208). La evidencia incluye:
- Forma INS I-688B (tarjeta de autorización de empleo) anotado "274a.12 (a) (10)"
 - Forma I-766 (documento de autorización de empleo) anotado "A10"; o
 - Orden de un juez de inmigración que muestra la deportación retenida bajo la sección 243 (h) de la INA como en efecto antes del 1 de abril de 1997, o remoción retenida bajo la sección 241 (b) (3) de la INA.
- ☐ 6. Un extranjero al que se le otorgo la entrada condicional bajo la sección 203 (a) (7) de la INA en efecto antes del 1 de abril de 1980. La evidencia incluye:
- Forma INS I-94 con sello que muestra la admisión bajo la sección 203 (a) (7) de la INA;
 - Forma INS I-688B (tarjeta de autorización de empleo) anotado "274a.12 (a) (3)"; o
 - Forma INS I-766 (documento de autorización de empleo) anotada "A3."
- ☐ 7. Un extranjero que es un entrante cubano o haitiano (como se define en la sección 501 (e) de la Ley de Educación y Asistencia para Refugiados de 1980). La evidencia incluye:
- Forma INS I-551 (Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como "tarjeta verde") con el código CU6, CU7 o CH6
 - Sello I-551 temporal vigente en el pasaporte extranjero o en la Forma I-94 del INS con el código CU6 o CU7; o
 - Forma I-94 del INS con sello que muestra la libertad condicional como "Entrante cubano / haitiano" según la sección 212 (d) (5) de la INA; o en libertad condicional después del 10/10/80 en el estatus especial para ciudadanos de Cuba o Haití.
- ☐ 8. Un extranjero en libertad condicional en los Estados Unidos por menos de un año bajo la sección 212 (d) (5) de la INA. (La evidencia incluye la Forma I-94 del INS que muestra este estado.)
- ☐ 9. Un extranjero que no está en las categorías 1 a 8 que ha sido admitido en los Estados Unidos por un período de tiempo limitado (un no inmigrante). Los no inmigrantes son personas que tienen un estatus temporal para un propósito específico. (La evidencia incluye la Forma I-94 del INS que muestra este estado.)
- ☐ 10. Certifico que soy ciudadano de los EE. UU., Nacional no ciudadano o extranjero calificado, pero no puedo proporcionar documentación. (Solo permitido bajo el componente del Programa de Intervención en Crisis Energéticas (ECIP) del Programa LIHEAP.)

Sección C: Declaración para ciertos extranjeros maltratados

Importante: Complete esta sección si el solicitante, el hijo del solicitante o el padre del niño solicitante ha sido maltratado o sometido a una crueldad extrema en los Estados Unidos por un cónyuge o padre.

- ☐ 1. ¿El INS o la EOIR ha otorgado una petición o solicitud presentada por o en nombre del solicitante, el hijo del solicitante o el padre del niño del solicitante según la INA o ha encontrado que una petición pendiente establece un caso prima facie para otorgar permiso para permanecer en los Estados Unidos? La evidencia incluye uno de los documentos de la Lista B (adjunto).
- ☐ 2. ¿El solicitante, el hijo del solicitante o el padre del hijo del solicitante ha sido maltratado o sometido a una crueldad extrema en los Estados Unidos por un cónyuge o padre, o por un miembro de la familia del cónyuge o del padre que vive en la misma casa (donde el cónyuge o el padre dieron su consentimiento a o consentido en la agresión o crueldad)?

Sección D: Certificación

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO SEGÚN LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON VERDADERAS Y CORRECTAS A MI MEJOR CONOCIMIENTO.

Firma del solicitante	Fecha
Firma de la persona que actúa en nombre del solicitante	Fecha

Department of Community Services and Development

Account Holder Authorization and Consent Form

CSD Form 081 (Rev. 12/17)

ACCOUNT HOLDER NAME(S) AND MAILING ADDRESS

Account Holder's Full Name		
Account Holder's mailing address (Street)		Unit Number (if any)
(City)	State	Zip Code
Is the utility service address the same as the account holder's mailing address? ☐ Yes ☐ No		
Full Name of Applicant for Benefits (from Form 43)		
Utility Service Address (Street)		Unit Number (if any)
(City)	State CA	Zip Code

UTILITY INFORMATION

Please enter your utility company name and service account number below (you can find the account number on your bill). If different companies provide your electricity and gas services, please enter the name and account number for both utilities.

Name of Utility Company	Service Account Number
Name of Utility Company (if you have a second Utility Company)	Service Account Number

AUTHORIZATION AND CONSENT

By signing this form, you (Account Holder) give your authorization and consent (permission) to CSD, its contractors, consultants, other federal or state agencies (CSD Partners) and to your utility company and its contractors, to share information about your property's utility account, meter usage and energy consumption data, and other information as needed for the period beginning 24 months prior to, and continuing for 36 months after, the date signed below. The information you authorize us to obtain and share will be used for the purposes of evaluating home energy usage of program beneficiaries so that CSD can: a) measure the effectiveness of the services we provide by determining how much your utility bills are reduced and how much our services reduce carbon emissions (air pollution), and b) report these results to federal and state authorities that fund and oversee energy assistance programs in California. CSD, its contractors, consultants, other federal or state agencies and affiliated programs (CSD Partners), working cooperatively with your utility company and its contractors, use this information to provide services that assist low-income families, such the applicant, to pay their home energy bills and manage those energy needs for the purposes stated in this Authorization.

Signature of Account Holder	Date	Name of CSD Contractor/Partner Organization SAN JOAQUIN COUNTY AGING AND COMMUNITY SERVICES
-----------------------------	------	--

REVOCATION OF AUTHORIZATION AND CONSENT

You agree that your consent shall remain in effect for 36 months from the date you sign this Authorization, unless otherwise revoked by written notice mailed to: CSD Energy & Environmental Services Division, 2389 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833. Revocation will be effective upon receipt, but will not apply to any information shared while this Authorization was valid.

APPLICABLE PROGRAMS

Some of the programs CSD oversees or partners with include:

- 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

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? ☐ Sí ☐ 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 SAN JOAQUIN COUNTY AGING AND COMMUNITY SERVICES
--------------------------------	-------	--

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

How did you hear about the HEAP program? *¿Cómo se enteró del programa HEAP?*

☐ Previous Applicant
Solicitante Anterior

☐ Relative
Pariente

☐ Utility Provider (PG&E, Lodi Electric)
Proveedor de Utilidades (PG&E, Lodi Electric)

☐ Radio
Radio

☐ Cell Phone App
Aplicación de Teléfono Celular

☐ Television
Televisión

☐ E-Mail
Correo Electrónico (E-mail)

☐ Facebook
Facebook

☐ Walk-in/Self
Sin Cita/Uno Mismo

☐ Referred by County Worker
Referido por el Trabajador del Condado

☐ Community Center
Centro Comunitario

☐ Community Event _____
Evento Comunitario _____

☐ Human Service Agency Website (HSA.org)
Sitio Web de la Agencia de Servicios Humanos (HSA.org)

☐ Website _____
Sitio Web _____

☐ Housing/Service Coordinator
Alojamiento/Coordinador de Servicios

☐ Community Based Organization (CBO) _____
Organización Comunitaria _____

☐ US Mail
Correo Postal de EE.UU

☐ Other _____
Otro _____

☐ Friend/Non-Relative
Amigo/No Pariente

☐ Shopping /Entertainment Site _____
Sitio de Compras/Entretenimiento _____

SAN JOAQUIN COUNTY WEATHERIZATION PROGRAM FORM

Want to save even more money?

In addition to getting help with your utility bill (HEAP), your home may also be eligible for FREE upgrades to make it more energy-efficient and reduce your utility bill. Your home *may* qualify for:

- FREE Repair or replacement of eligible appliances.
- FREE Heating/Air Conditioning repair or replacement
- FREE Ceiling/Floor Insulation
- FREE Water Heater repair or replacement
- FREE Door repair or replacement
- FREE Mechanical Ventilation evaluation
- FREE Digital Thermostats
- FREE Weatherstripping
- FREE LED Lightbulbs
- FREE Window (glass only) repair or replacement
- FREE Shade Screens
- FREE Smoke & Carbon Monoxide Detectors

For FREE Weatherization Services, please complete this form as a part of your HEAP application.

Applicant Information				
Name:		Address:		
City:	Zip:	☐ Own	☐ Rent	
Cell phone:	Home Phone:	Email:		
Preferred method of contact:		☐ Cell/Text	☐ Home Phone	☐ Email
Landlord/Property Manager Information (Renters Only)				
Name:		Address:		City/State:
Zip:	Phone:	Fax:	E-mail:	
Dwelling Information				
Dwelling Type:	☐ Single-Family	☐ Duplex	☐ Triplex	☐ Apartment ☐ Mobile Home
Is it Working?				
Water Heater:	☐ Yes ☐ No	☐ Natural Gas	☐ Electric	☐ Solar
Cooking Stove:	☐ Yes ☐ No	☐ Natural Gas	☐ Electric	☐ Propane
Heater / Heating System:	☐ Yes ☐ No	☐ Central	☐ Wall	☐ Portable Heater
Air Conditioning:	☐ Yes ☐ No	☐ Central	☐ Window/Wall	☐ Portable Cooler
Exhaust Fan:	☐ Yes ☐ No	☐ Bathroom	☐ Kitchen	

- An adult 18 years old or older must be present at all times while work is being performed.
- Client needs to be reachable by phone prior to work starting and through final inspection.
- Home must have suitable access to outside area for trucks and other equipment.
- Interior, exterior, and yard must be free of debris, animal waste, or infestation.
- Home needs to have clear access to all doors, windows, outlets, major appliances, and attic/crawl space.
- Items stored in attic must be removed.
- Roof must not have water leaks.
- Children must be kept out of equipment and workers' way.
- All dogs must be restrained and kept away from work area at all times.
- Clients must allow for mandated inspection of residence.
- Agency is not responsible for any damages to personal items in normal course of business.

Signature	
I agree to the stated conditions on this form and understand that the weatherization of my home may not be completed if these conditions are not met.	
Signature of applicant:	Date:

For more information, please call 209-953-SAVE (7283) or email wx@sigov.org.

SAN JOAQUIN COUNTY WEATHERIZATION PROGRAM FORM

¿Quiere ahorrar (aún) más dinero?

Además de recibir asistencia con su factura de servicios públicos (HEAP), su hogar puede calificar para recibir arreglos GRATIS que reducen el costo y uso de energía. Su hogar también puede calificar para:

- Reparación o reemplazo GRATUITO de un electrodomestico elegible
- Reparación o reemplazo de calefacción y aire acondicionado GRATIS
- Reparación o reemplazo de ventilador de techo GRATIS
- Reparación o reemplazo del calentador de agua GRATIS
- Reparación o reemplazo de la puerta GRATIS
- Evaluación de ventilación mecánica GRATIS
- Termostatos digitales GRATIS
- Burlete GRATIS – Tira de goma para puertas ventanas, etc.
- Focos LED GRATIS
- Reparación o reemplazo de ventana (vidrio) GRATIS
- Cortinas de sombra GRATIS
- Detectores de monóxido de carbón y humo GRATIS

Para servicios de climatización GRATIS, por favor complete ésta forma como parte de su aplicación para HEAP

Información de Solicitante				
Nombre:		Domicilio:		
Ciudad:	Código Postal:	☐ Propiedad Propio ☐ Renta		
Celular:	Teléfono:	Correo electrónico:		
Medio de contacto preferido:		☐ Celular/texto	☐ Teléfono de casa	☐ Correo electrónico
Información del Propietario/Administrador de propiedades (Sólo para inquilinos)				
Nombre:		Domicilio:		Ciudad/Estado:
Código Postal:	Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:	
Información Sobre Vivienda				
Tipo de vivienda: ☐ una familia ☐ Duplex ☐ Triplex ☐ Apartamento ☐ Casa Móvil				
Está funcionando?				
Calentador de agua:	☐ Sí ☐ No	☐ Gas Natural	☐ Electrico	☐ Solar
Estufa:	☐ Sí ☐ No	☐ Gas Natural	☐ Electrico	☐ Propano
Sistema de calefacción:	☐ Sí ☐ No	☐ Central	☐ Pared	☐ Calentador portable
Aire Acondicionado:	☐ Sí ☐ No	☐ Central	☐ Ventana/Pared	☐ Portable
Ventilador de escape	☐ Si ☐ No	☐ Baño	☐ Cocina	

- Se requiere la presencia de un adulto mayor de 18 años mientras se realizan los arreglos.
- Clientes necesitan estar disponibles por teléfono antes del comienzo del trabajo hasta la inspección final.
- Se requiere un acceso conveniente al área afuera del hogar donde estará el camión y equipo de trabajo.
- El Interior, exterior, y yarda deben ser libres de basurero, residuos de animales, o infestación.
- El hogar debe tener acceso a todas las puertas, ventanas, enchufes, electrodomésticos principales, ático y sótano.
- Por favor de mover artículos mantenidos en el ático.
- El techo no debe tener fugas de agua.
- Niños deben mantenerse fuera del camino de los trabajadores.
- Perros deben ser restringidos afuera del área de trabajo a todos momentos.
- Clientes deben permitir una inspección de la residencia.
- La Agencia no es responsable por daños causados a los artículos personales durante el curso normal del trabajo.

Firma	
Estoy de acuerdo con las condiciones declaradas en ésta forma y comprendo que la climatización de mi hogar no se puede completar si éstas condiciones no son cumplidas.	
Firma del solicitante:	Fecha:

Para más información lláme al 209-953-7283 ó comuníquese por correo electrónico: wx@sigov.org.

DOCUMENTATION CHECKLIST

All documents must be submitted *with* your completed application. Please review the document checklist *before* submitting your application package. THE FOLLOWING IS ONLY A PARTIAL LIST. PLEASE CALL THE OFFICE FOR ADDITIONAL INFORMATION.

ALL DOCUMENTS MUST BE CURRENT WITHIN 30 DAYS OF THE APPLICATION DATE.

Please send copies. Originals will not be returned.

☐ Energy Bills:

- **All pages** of the **regular** Pacific Gas & Electric (PG&E), City of Lodi (COL), or Modesto Irrigation District (MID) utility bill; propane fuel invoice (**residential**), wood receipt (**for heat only**). **REQUIRED FOR DELINQUENT/OR SHUT-OFF ACCOUNTS:** The regular bill **and** the PG&E 48 hour notice, or the delinquent notice for all others. **FOR COL AND MID CUSTOMERS:** If the primary heat source is natural gas or propane, the PG&E gas bill or the propane bill is required.

☐ Current Gross Earnings for the last thirty (30) days for all household members:

- **CALWorks/CALFresh:** Notice of Action or Passport to Services;
- **Supplemental Security Income (SSI):** Notice of Planned Action or Form 2458; computer printout from Social Security Office; copy of bank statement showing SSI direct deposit; copy of SSI check;
- **Social Security (SSA):** copy of annual award letter current check(s); SSA Form 4926, or 2458; computer printout from Social Security Administration Office; bank statement showing direct deposit;
- **Pension and Annuities:** copy of a current check; verification on letterhead or annual statement from pension plan dated for the current year;
- **Wages:** Copy of current paycheck stub(s) covering a one-month period and showing gross income. Paystubs must be consecutive (no gaps).
- **Interest Income:** monthly or quarterly bank statement; statement of interest income from bank or agency;
- **Disability Compensation:** copy of a current check; printout or letter from agency or insurance company verifying the compensation amount;
- **Unemployment Benefits:** copy of current check(s) or stubs; printout from Employment Development Department;
- **Child and/or Spousal Support:** copy of current benefit statement or check;
- **Support from an Individual:** copy of check and statement signed by person providing the support;
- **General Assistance:** Notice of Action from County Social Services; copy of a current check;
- **Veteran's Benefits:** letter indicating receipt of Veteran's Pension; copy of Veteran's Administration check stub;
- **Current signed Federal Form 1040 Tax Return pages 1 and 2, Schedule 1, and Schedule C FOR SELF-EMPLOYED ONLY or Schedule E: FOR RENTAL INCOME** (2024 Federal 1040 Tax Return valid through April 15, 2026);
- **Household Members 18 years of age or older with Zero Income:** must complete CSD Form 43B Certification of Income and Expenses. **Zero Income Households:** must **also** complete a Statement of Financial Support Form and include a copy of their rental agreement or mortgage statement, and a current bank statement. Visit the website: www.sjchsa.org to download the forms or pick them up in the lobby.

☐ Proof of US Citizenship or Legal Residency:

US Birth Certificate | CA REAL ID | United States Passport (unexpired) | Certificate of Naturalization | Permanent Resident Card (unexpired)

☐ Proof of Government Identification (**NEW REQUIREMENT**):

Driver License | State or Tribal ID | US Military Card (front and back) | US Passport or Passport Card (unexpired)

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

Q: Must the utility bill be in my name to apply for help?

A: No, however the applicant must reside at the service address and be responsible for energy costs in the home.

Q: How long will it take to process my application?

A: Please allow 4 to 6 weeks for processing. There is no need to call the office. If your application is approved, a benefit payment will be issued directly to your utility company in one to two billing cycles after approval.

Q: How much do I qualify for?

A: The benefit amount is based on several factors: the number of people living in the household, the total household income, and energy account status. Non-emergency benefits range from \$423 to \$792.

SAN JOAQUIN COUNTY ENERGY PROGRAM | PO BOX 201056 | STOCKTON, CA 95201

209-468-1500 📞 | Toll Free 1-844-428-2317 📞 | 209-932-2649 📠 | heap@sjgov.org ✉️ | www.sjchsa.org 🌐

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

Todos los documentos deben ser entregados *con* su solicitud completa. Por favor revise la lista de verificación de documentos *antes* de entregar su paquete de solicitud. LO SIGUIENTE ES SÓLO UNA LISTA PARCIAL. POR FAVOR LLAME A LA OFICINA PARA OBTENER INFORMACION ADICIONAL.

TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR ACTUALIZADOS DENTRO DE LOS 30 DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DE SOLICITUD.

Por favor, envíe copias. Los originales no serán devueltos.

☐ Facturas de energía:

- **Todas las páginas** de la factura **regular** de Pacific Gas & Electric (PG&E), City of Lodi (COL), o Modesto Irrigation District (MID); factura de combustible propano (**residencial**), recibo de madera (**solo para calentar**). **REQUERIDO PARA CUENTAS DELINCUENTES/O DESCONECTADO:** La factura regular y el aviso de 48 horas de PG&E, o el aviso de desconexión para todos los demás. **PARA CLIENTES DE COL Y MID:** Si la fuente principal para calentar su hogar es gas natural o propano, se requiere la factura de gas de PG&E o la factura de propano.

☐ Ingresos brutos recientes de los últimos treinta (30) días para todos los miembros del hogar:

- **CALWorks (asistencia monetaria) /CALFresh:** Notificación de Acción o un Pasaaporte a Servicios reciente;
- **Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por siglas en inglés):** Aviso de acción o Formulario 2458; documento impreso de la oficina del Seguro Social; copia del estado bancario que muestre el depósito directo de SSI; copia del cheque de SSI;
- **Seguro Social (SSA):** copia de la carta de otorgación anual, cheque(s) actual(es); Formulario SSA 4926, or 2458; documento impreso de la oficina del Seguro Social; copia del estado bancario que muestre el depósito;
- **Pensiones y Anualidades:** copia de un cheque actual; verificación en papel membretado o declaración anual del plan de pensiones con fecha del año en curso;
- **Sueldos:** Copia de talones de cheques actuales que cubran un período de un mes y muestren ingresos brutos. Los talones de cheque deben ser consecutivos (sin espacios).
- **Ingresos por intereses:** estado bancario mensual o trimestral; declaración de ingresos por intereses del banco o agencia;
- **Compensación por Discapacidad:** copia de cheques actuales; copia impresa o carta de la agencia o compañía de seguros que verifique el monto de la compensación;
- **Seguro de Desempleo:** copia de cheques o talones actuales; copia impresa del Departamento de Desarrollo del Empleo
- **Manutención infantil y/o conyugal:** copia de la declaración o cheque de beneficios actual;
- **Apoyo de una persona:** Copia del cheque y declaración firmada por la persona que proporciona el apoyo;
- **Asistencia General:** Notificación de Acción de Servicios Sociales del Condado; copia de un cheque actual;
- **Beneficios para Veteranos:** carta actual indicando recibo de Pensión de Veterano; copia del talón de cheque de la Administración de Veteranos;
- **Declaración actual firmada de impuestos del formulario federal 1040, páginas 1 y 2, Anexo 1 y Anexo C SOLO PARA TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA o Anexo E: PARA INGRESOS DE ALQUILER** (Declaración de impuestos federales 1040 de 2024 valida hasta el 15 de abril de 2026);
- **Miembros del hogar de 18 años o más sin ingresos:** debe completar el formulario CSD 43B Certificación de Ingresos y Gastos. **Hogares sin ingresos:** debe también completar el formulario Declaración de Apoyo Financiero y incluye una copia de su contrato de alquiler o estado de hipoteca, y el estado de cuenta bancaria. Visite el sitio web: www.sjchsa.org para descargar los formularios o recogerlos en el lobby.

☐ Prueba de ciudadanía o residencia legal estadounidense:

Acta de nacimiento de EE. UU. | CA REAL ID | Pasaporte de los Estados Unidos (vigente) | Certificado de Naturalización | Tarjeta de Residente Permanente (vigente)

☐ Prueba de identificación del gobierno de EE. UU. (**NUEVO REQUISITO**):

Licencia de Conducir | Identificación Estatal o Tribal | Tarjeta militar de EE. UU. (frente y reverso) | Pasaporte o Tarjeta de Pasaporte estadounidense (vigente)

PREGUNTAS FRECUENTES

P: ¿Debe estar la factura de servicios públicos a mi nombre para solicitar ayuda?

R: No, sin embargo, el solicitante deberá vivir en el domicilio del servicio y ser responsable de los costos de energía del hogar.

P: ¿Cuánto tiempo llevará para procesar mi solicitud?

R: Por favor espere de 4 a 6 semanas para que se procese. No es necesario llamar a la oficina. Si se aprueba su solicitud, se emitirá un pago de beneficios directamente a su compañía de servicios públicos en uno o dos ciclos de facturación después de la aprobación.

P: ¿Para cuánto califico?

R: La cantidad del beneficio se basa en varios factores: el número de personas que viven en el hogar, el ingreso total del hogar, y el estado de la cuenta de energía. Los beneficios que no son de emergencia varían de \$423 a \$792.

PROGRAMA DE ENERGÍA DEL CONDADO DE SAN JOAQUIN | PO BOX 201056 | STOCKTON, CA 95201

209-468-1500 ☎ | Toll Free 1-844-428-2317 ☎ | 209-932-2649 📠 | heap@sjgov.org ✉ | www.sjchsa.org 🌐

REPORT

FRAUD WASTE ABUSE

Report fraud or misconduct relating to the RECEIPT or SPENDING of government benefit assistance or grant funds.



Fraud is a crime. A person may be guilty of fraud if he or she received, wasted or misused CalFresh, Medi-Cal, CalWorks, Home Energy Assistance Program, Weatherization or other assistance, because he or she:

- Told only part of the truth.
- Lied.
- Did not tell all of the facts right away.
- Misuse of the services.
- Abuse the grant funds.

If you suspect wrongdoing:

Office of Inspector General US Department of Health and Human Services

OIG Hotline 1-800-HHS-TIPS (447-8417)

Online: oig.hhs.gov/report-fraud

REPORTE

FRAUDE EL DESPERDICIO ABUSO

Reporte fraude o conducta ilegal relacionado con el RECIBO o GASTO de asistencia de beneficios del gobierno o fondos de subvenciones.



Fraude es un delito. Una persona puede ser culpable de fraude si recibió, desperdició o hizo mal uso de CalFresh, Medi-Cal, asistencia monetaria (CalWorks), el Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP), Climatización u otra asistencia, porque él o ella:

- Dijo sólo parte de la verdad.
- Mintió.
- No dijo todos los hechos inmediatamente.
- El mal uso de los servicios.
- Abusar de los fondos.

Denuncie sospechas a:

La Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

OIG Hotline 1-800-HHS-TIPS (447-8417)

En línea: oig.hhs.gov/report-fraud

102 South San Joaquin Street Stockton, CA 95201-3006

(209) 468-1500

**YOUR RIGHTS UNDER THE LOW-INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM
(LIHEAP)**

You have the right to appeal if...

- ☐ your application was denied.
- ☐ your application was not responded to in a timely manner.
- ☐ you disagree with the outcome of your application.
- ☐ you are not satisfied with the work performed on your home.

You may appeal within five (5) working days of receipt of the denial letter by contacting the San Joaquin County Aging & Community Services Energy Program Coordinator:

San Joaquin County Human Services Agency
Aging & Community Services
Attn: Energy Program Coordinator
P O Box 201056
Stockton, CA 95201

Upon receipt of your appeal, the Program Coordinator will review your case and make a good-faith effort to resolve your appeal. If your appeal is not resolved to your satisfaction by the Energy Program Coordinator, you may then appeal, in writing, to the San Joaquin County Aging & Community Services Community Services Program Manager:

San Joaquin County Human Services Agency
Aging & Community Services
Attn: Community Services Program Manager
P O Box 201056
Stockton, CA 95201

Upon receipt of your appeal, the Program Manager will respond to you in writing, within ten (10) business days of whether or not the decision remains in effect. If your appeal is not resolved to your satisfaction by the Community Services Program Manager, you may then appeal to the California Department of Community Services and Development (CSD):

CSD Call Center / Toll Free: (866) 675-6623
California Department of Community Services and Development
2389 Gateway Oaks, Suite 100
Sacramento, CA 95833

**Our Mission is to lead in the creation and delivery of services
that improve the quality of life for our community.**

102 South San Joaquin Street Stockton, CA 95201-3006

(209) 468-1500

**SUS DERECHOS BAJO EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE
BAJOS INGRESOS (LIHEAP)**

Usted tiene derecho a apelar si...

- ☐ su solicitud fue negada.
- ☐ su solicitud no fue respondida dentro del plazo debido.
- ☐ no está de acuerdo con el resultado de su solicitud.
- ☐ no está satisfecho con el trabajo realizado en su hogar.

Usted puede apelar en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha que usted reciba la carta indicando que su solicitud fue negada, comunicándose con el Coordinador del Programa de Energía de Servicios Comunitarios y de Envejecimiento del Condado de San Joaquín:

**San Joaquin County Human
Services Agency Aging &
Community Services
Attn: Energy
Program
Coordinator P O
Box 201056
Stockton, CA 95201**

Al recibir su apelación, el Coordinador del programa revisará su caso y hará un esfuerzo de buena fe para resolver su apelación. Si el Coordinador del Programa de Energía no resuelve su apelación a su satisfacción, puede apelar por escrito, al Gerente del Programa de Servicios Comunitarios y de Envejecimiento del Condado de San Joaquín:

**San Joaquin County Human
Services Agency Aging &
Community Services
Attn: Community Services
Program Manager P O Box
201056
Stockton, CA 95201**

Al recibir su apelación, el Gerente del Programa le responderá por escrito, dentro de diez (10) días hábiles, sobre si la decisión permanece en efecto o no. Si su apelación no es resuelta a su satisfacción por el Gerente del Programa de Servicios Comunitarios, entonces puede apelar ante el Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario de California (CSD):

**CSD Call Center / Toll Free: (866) 675-6623
California Department of Community Services and
Development 2389 Gateway Oaks, Suite 100
Sacramento, CA 95833**

**Our Mission is to lead in the creation and delivery of services
that improve the quality of life for our community.**