T.E.A.C.H., Inc.
112 East 2nd Street
Alturas, CA 96101
(530)-233-3111 Office (530)-233-4744 Fax
lhurtado@teachinc.org- Email

TEACH
Improving the Communities of Modoc County

Asistencia de Energía Programa Li-Heap 2024

Por favor, circule un tipo de asistencia de calefacción que está solicitando.
Propano – Aceite de Calefacción – Queroseno – Diésel – Leña – Pellets – Electricidad

Favor de Indicar la compañía que quiere que se page
Ed Staubs – Amerigas – Harbert Oil – ACE – Leo Jones – Surprise Valley – Pacific power – Wood Voucher

Por favor, lea antes de llenar la aplicación

Regrese con la Aplicación adjunta (complete paginas 1-9):

- **Verificación de ingresos actuales de los últimos 30 días para todos los miembros de su hogar**. Si recibe asistencia en efectivo/cupones de alimentos necesitamos un pasaporte de servicios de DSS, trabajadores por cuenta propia necesitamos los formularios de declaraciones de impuestos del año pasado (Programa C/1040).
- **La factura de electricidad del mes actual** no puede ser una facture de cierre; la facture actual es necesaria incluso si no está solicitando asistencia con su factura de electricidad. Si utiliza un Generador o Solar, traiga una copia de sus impuestos sobre la propiedad más actuales.
- **Si no tiene una cuenta con Amerigas, Harbert Oil, Leo jones o Ed Staubs,** usted tendrá que abrir una antes de que podamos hacer pago a ese vendedor.

  - **Llene pagina 4 –Todas las fuentes de calefacción** -
  - Cualquier persona **mayor de 18 años sin ingresos debe llenar la Pagina 8-** Por favor pida más si es necesario
  - **Firmar la pagina 9 De Educación del Cliente**

Devuelva todas las páginas de la solicitud y asegúrese de que todos los formularios estén firmados y fechas con toda la información solicitada. Si no se adjunta toda la documentacion necesaria, retrasara su asistencia. El proceso toma 4-8 semanas.

Si tiene alguna pregunta llame al (530) 233-3111
Pregunte por Lola

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo
Formulario de admisión de energía
CSD 43 (10/2022)
Agencia: Iniciales de admisión: Fecha de admisión:

Solo para uso oficial	
Puntos prioritarios	
A.C.C.	
Fecha del certificado de elegibilidad	

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 de correos)

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): | | | | | | | | | | | Número de teléfono ( )

Dirección de correo electrónico:

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR → Introduzca el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted mismo.		**INGRESOS** Indique el número total de personas que perciben ingresos →	
Demografía. Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen:		*Introduzca el total de ingresos **brutos** mensuales de **todas** las personas que viven en el hogar:*	
De 0 a 2 años		TANF / CalWorks	$
De 3 a 5 años		SSI / SSP	$
De 6 a 18 años		SSA / SSDI	$
De 19 a 59 años		Cheques de pago	$
Mayores de 60 años		Interés	$
Discapacitados		Pensión	$
Indígena americano		Otros	$
Trabajador agrícola temporero o migrante		**Total de ingresos mensuales**	**$**

MIEMBROS DEL HOGAR
INTRODUZCA A CONTINUACIÓN LOS DATOS DE **TODOS** 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 *Usted mismo*
Fecha de nacimiento:	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar			
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 ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar			
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 ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar			
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 ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar			
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

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 ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar			
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 ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multiracial ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐Desconocido/No desea especificar
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido/No desea especificar			
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

Está usted o alguien de su hogar recibiendo 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

¿Los servicios públicos están incluidos en el alquiler o están subcontratados? ☐ Sí ☐ No

¿Todos sus servicios son eléctricos? ☐ Sí ☐ No

¿Su compañía de gas natural es 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 proporcionar 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
¿Es usted el titular de la cuenta?: Factura de luz ☐ Sí ☐ No **Factura del gas natural** ☐ Sí ☐ No

La información que aparece en esta solicitud se utilizará para determinar y verificar si cumplo los requisitos para recibir ayuda. Al firmar 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 será revisada 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 proporcione 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 RELLENE 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: ☐

T.E.A.C.H., Inc.
Programa de Asistencia Energética para el Hogar
Todas las fuentes de calefacción

Nuestro/ Mi hogar utiliza aproximadamente _____ Cuerdas de leña durante los meses de invierno para calentar nuestro/mi hogar.

Gastamos $_____ por cuerda, Una cuerda de leña dura aproximadamente _____ meses.

☐ **N/A**

¿Su residencia ha sido climatizada? ☐ Sí ☐ No

¿En qué tipo de residencia vive en?

☐Casa ☐ Apartamento ☐Dúplex ☐Casa Móvil ☐ Otra _____

¿Y Usted Es dueño o Renta? Cuánto paga mensualmente $_____

N/A	Estimaciones	Cantidad Mensuales	Cantidad Anuales
	PPL / SVE		
	Propano, Keroseno, Aceite, Diésel- Ed Staub's / AmeriGas / Leo Jones / Habert Oil		
	Leña		
	Pellets- ACE		

* Si no tiene un costo de su propio bolsillo para los servicios públicos, no es elegible para el programa de asistencia de servicios públicos. Usted debe ser responsable del costo de energía y proporcionar copias de todas las facturas de energía.

Office use only:

Electric: _____ P/K/O/D: _____ Wood: _____ Pellets: _____ TOTAL: _____

T.E.A.C.H., Inc.
Programa de Asistencia Energética para el Hogar
Declaración de Responsabilidad

ESTE FORMULARIO SOLO SE UTILIZA SI LA FACTURA DE ELECTRICIDAD NO ESTÁ BAJO SU NOMBRE

Yo, _____,
Vivo en: _____ CA _____.

Mi factura de electricidad está bajo el Nombre de: _____
EL / ELLA es mi _____. Yo soy responsable del pago de la factura de servicios de la dirección anterior.

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Soy consciente de que la falsificación intencional y a sabiendas de la información puede conducir a un proceso penal.

También certifico que soy la única persona en mi hogar que ha solicitado el programa de Asistencia Energética este año calendario.

Firma: _____ Día: _____

* Además de este formulario:
La Persona cuyo Nombre se encuentra, debe completar el Formulario de Consentimiento adjunto en **Pagina 7.**

T.E.A.C.H., Inc.
Programa de Asistencia Energética para el Hogar
Electricidad incluida en la Renta

ESTE FORMULARIO SOLO SE UTILIZA SI LA ELECTRICIDAD ESTÁ INCLUIDA EN SU ALQUILER

Estimado Propietario o Gerente de la Propiedad,
El Programa de Asistencia Energética para el Hogar ayuda a los hogares de bajos ingresos a pagar sus gastos de servicios públicos. Debido a un cambio en la forma en que se administra HEAP, los solicitantes deben mostrar cuánto de sus ingresos familiares se paga por los costos de energía antes de recibir asistencia. Esta solicitud es de conformidad con la Ley del Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos de 1994, Ley Pública 97-35 modificada.

Por lo tanto, de acuerdo con la intención de la Ley Federal, ahora se pide a los arrendadores y administradores de propiedades que proporcionen, previa solicitud, a los solicitantes de HEAP la cantidad de dólares de alquiler se gastan para pagar la calefacción y la refrigeración.

Si no puede determinar el coste real de energía por unidad, puede estimar el costo de dividir el coste de energía actual en la factura de servicios públicos por el número de unidades atendidas por la factura. Además, su compañía de servicios públicos es una buena fuente de información y puede ayudarle a obtener esta información.

Agradecemos sinceramente su cooperación.

Nombre del Administrador de la Propiedad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del Solicitante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Cantidad mensual de alquiler pagado para la factura de energía: $ _____

Firma de los propietarios: _____ Dia: _____

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**

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

CERTIFICAClón 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 informa 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) COMPENSASION DEL DESEMPLEO PROGRAMA DEL GOVIERNO MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda) PAGOS DE PENSIÓN PAGOS TRIBALES DE LOS INGRESOS POR BENEFICIOS DE

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	$		Nombre: Dirección:	Teléfono:
Facturas de servicios públicos	$		Nombre: Dirección:	Teléfono:
Alimentos	$		Nombre: Dirección:	Teléfono:

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**

CLIENT EDUCATION CONFIRMATION OF RECEIPT

Name of Occupant	Age of Dwelling
Address of Dwelling	

Confirmation of Receipt

I have received the following information:

☐ **Lead-Safe Education** – A copy of the pamphlet, *Renovate Right: Important Lead Hazard Information for Families, Child Care Providers, and Schools*, informing me of the potential risk of the lead hazard exposure from weatherization/renovation activity to be performed in my dwelling unit.

☐ **Energy Education** – Information regarding changes I can make in order to reduce the energy consumption of my household.

☐ **Mold and Moisture Education** - A copy of the pamphlet, *A Brief Guide to Mold and Moisture In Your Home*, informing me of how to clean up residential mold problems and how to prevent mold growth.

☐ **Budget Counseling** - Information regarding personal financial management.

☐ **Radon Education** - A copy of the pamphlet, *A Citizen's Guide to Radon*, informing me of the potential risk of radon and how to lower the radon level in my dwelling unit.

Signature of Recipient	Date

Self-Certification Option

I certify that I attempted to deliver the following educational information to the dwelling listed above:

☐ **Lead-Safe** ☐ **Energy** ☐ **Mold/Moisture** ☐ **Budget Counseling** ☐ **Radon**

If the information was delivered but a signature was not obtainable, you may check the appropriate box below.

☐ **Refusal to Sign** — I certify that I have made a good faith effort to deliver the information to the dwelling unit listed above at the date and time indicated and that the occupant refused to sign the confirmation of receipt. I further certify that I have left a copy of the information at the unit with the occupant.

☐ **Unavailable for Signature** — I certify that I have made a good faith effort to deliver the information to the dwelling unit listed above and that the occupant was unavailable to sign the confirmation of receipt. I further certify that I have left a copy of the information at the unit by sliding it under the door.

Attempted delivery dates and times

Date	Time	Date	Time	Date	Time
//////////////	//////////////	//////////////	//////////////	//////////////	

Signature (Agency Representative)	Print name
//	//

Mailing Option:

I certify that I have mailed the following educational information to the dwelling listed above (attach copy of Certificate of Mailing for lead-safe education only):

☐ **Lead-Safe** ☐ **Energy** ☐ **Mold/Moisture** ☐ **Budget Counseling** ☐ **Radon**

Signature (Agency Representative)	Print name	Date mailed
//	//	

Plomo

El envenenamiento infantil por plomo continúa siendo un gran problema de salud ambiental en los Estados Unidos. Aún los niños que parecen estar saludables pueden tener niveles peligrosos de plomo en sus cuerpos. Por dicha razón se recomienda que los niños sean sometidos a la prueba del plomo en la sangre.

El plomo puede entrar en el cuerpo si las personas:

- Se llevan a la boca las manos u otros objetos cubiertos con polvo de plomo.
- Comen partículas de pintura o tierra que contengan plomo.
- Respiran el polvo de plomo (especialmente durante las renovaciones que alteran las superficies pintadas).

El plomo es aún más peligroso para los niños que los adultos porque:

- Los bebés y los niños pequeños se llevan las manos y otros objetos a la boca con frecuencia. Dichos objetos pueden estar cubiertos de polvo que contiene plomo.
- El cuerpo en crecimiento de los niños absorbe más plomo en proporción a su cuerpo.
- A esta edad el cerebro y el sistema nervioso de los niños son más sensitivos a los efectos dañinos del plomo ya que sus sistemas en vías de crecimiento.

Si no es detectado temprano, los niños con altos niveles de plomo en sus cuerpos pueden sufrir de:

- Daño al cerebro y al sistema nervioso.
- Problemas de comportamiento y de aprendizaje (tales como hiperactividad).
- Crecimiento retardado.
- Problemas de audición.
- Dolores de cabeza.

El plomo es dañino para los adultos también. Los adultos pueden sufrir:

Aún los niños que parecen estar saludables pueden tener niveles peligrosos de plomo en sus cuerpos. Por dicha razón se recomienda que los niños sean sometidos a la prueba del plomo en la sangre.

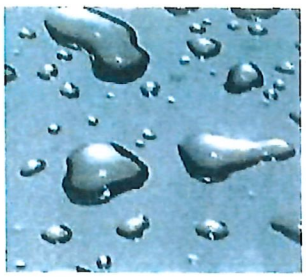
- Complicaciones durante el embarazo.
- Otros problemas reproductivos (en hombres y mujeres).
- Alta presión sanguínea.
- Problemas digestivos.
- Desórdenes nerviosos.
- Problemas de memoria y concentración.
- Dolores musculares y articulares.

Esta página Web contiene enlaces con información tanto del sitio Web de la EPA como de otras entidades conocidas fuera de epa.gov. También incluye enlaces informativos sobre la prevención de la contaminación por el plomo y acerca de varios estudios de salud ambiental hispana.

Manténgase informado: Centro Nacional de Información sobre el Plomo Para obtener información sobre el plomo llame al 800-424-LEAD (424-5323). Personal bilingüe (inglés/español) está disponible de lunes a viernes, 8:00am a 6pm, tiempo del este. En inglés Estandar nacional de calidad de aire ambiental de plomo en idioma simple – publicado en octubre del 2008.

EPA en español

Moho



El moho (hongos) se reproduce por medio de pequeñas esporas. Estas esporas se transportan continuamente en el aire libre así como en interiores. Cuando las esporas se depositan en una superficie húmeda comienzan a crecer y a alimentarse de la superficie a la cual están adheridas. Hay hongos que crecen en madera, papel, alfombras y comida. Estos crecen cuando se acumula la humedad o exceso de agua dentro de las casas y edificios. No hay una forma específica para eliminar todo el moho y las esporas que los ocasionan. No obstante, la clave en evitar su propagación es eliminar la fuente de humedad en dicha superficie.

Esta página Web contiene enlaces con información acerca tanto del sitio Web de la EPA así como de otras entidades conocidas fuera de del sitio Web de las EPA, enlaces informativos de cómo el moho puede afectar su salud y enlaces de información acerca de varios estudios de salud ambiental hispana.

Diez cosas que usted debe saber acerca del moho

1. Los síntomas asociados con exposición al moho incluyen reacciones alérgicas, asma y otros problemas respiratorios.
2. No hay una forma efectiva de eliminar el moho o sus esporas del ambiente interior; la mejor forma de controlar su crecimiento es controlando la humedad.
3. Si usted tiene problemas de moho en su casa o su escuela, tiene que limpiar el moho y eliminar la fuente de humedad.
4. Arregle problemas en las tuberías de agua para prevenir el crecimiento del moho.
5. Para reducir el crecimiento del moho, reduzca la humedad (30-60%) en su casa al ventilar los baños, secadoras de ropa y cualquier otra fuente de humedad. También pueden usar acondicionadores de aire y de-humidificadores, aumentando la ventilación y usando extractores de aire cuando cocine o use la lavadora de platos
6. Limpie y seque (24-48 horas) los materiales y equipo de construcción mojados para prevenir el crecimiento del moho.
7. Limpie el moho de las superficies con agua y detergentes y deje secar completamente. Cambie los materiales absorbentes, como losetas de techo, que estén mohosos.
8. Trate de prevenir la condensación: reduzca el potencial de condensación en las superficies frías (ventanas, paredes exteriores, tuberías de agua, techos o pisos) instalando materiales aislantes.
9. No instale alfombras en las áreas donde la humedad es constante (cerca de fuentes de agua, fregaderos o áreas donde la condensación es frecuente).
10. El hongo se encuentra casi en todas partes; pueden crecer en casi cualquier superficie o sustancia siempre y cuando haya humedad. Hay hongos que pueden crecer en madera, papel, alfombras y comida.

Información adicional sobre el moho

Información de la EPA

Breve Guía para el Moho, la Humedad y su Hogar (PDF, 796 KB, 20 pp.) Documento de la agencia EPA número 402-K-03-008. Está guía brinda información y directrices para los propietarios e inquilinos sobre cómo limpiar los problemas de moho donde usted reside y cómo evitar el crecimiento de moho.

Como eliminar el moho de las escuelas y edificios de comercio en inglés

Otros Recursos

Directrices de la OMS para la calidad del aire interior: La humedad y Molde (PDF) Organización Mundial de la Salud, 2009 (248 pp, 2,65 M).

Oficina de la EPA de la División de Evaluación de la Exposición Química Investigación y Desarrollo, Exposición Nacional Research Lab, microbiológicos y, exposición microbiana Sección de Investigación: Distribución geográfica del Índice Ambiental relativa Fungosidad (ERMI) en los núcleos familiares

Arriba de la página

Cómo solicitar publicaciones

Puede ordenar las publicaciones de calidad del aire interior del centro de EPA Servicio Nacional de Publicaciones Ambientales (NSCEP):

Agencia de Protección Ambiental de EE.UU.
Servicio Nacional Centro de Publicaciones Ambientales (NSCEP)
Sitio Web: www.epa.gov/nscep
Teléfono: 1-800-490-9198
Fax: (301) 604-3408
Email: nscep@bps-lmit.com

NSCEP opera un servicio telefónico gratuito para la Asistencia de publicación de la EPA con el servicio al cliente en vivo representante de asistencia de lunes a viernes de hora del este de 9:00 am a 17:30. Correo de voz está disponible después de las horas de funcionamiento. Usted puede enviar por fax o e-mail sus solicitudes de publicación. Para obtener asistencia técnica con las páginas web NSCEP, escriba a: nscep_nepis.tech@epa.gov. Utilice el número de documento de la EPA en el pedido de NSCEP.

Consejos Para Ahorrar Energía De Invierno

* Baje el termostato a 68 grados o menos durante el día y la noche
(Permiso de la Salud) y los 55 grados o apagar por la noche o cuando está lejos de casa.

* Llevar ropa de abrigo (jersey, bata, pijama termal, calcetines, zapatillas, etc.)

* Utilizar unas cobijas

* Abra las cortinas para que el sol calienta su hogar durante el día y cerrarlas por la noche para ayudar a aislar

* Cerrar habitaciones no utilizadas y las rejillas de ventilación que calientan esas habitaciones

* Tome una ducha en lugar de bañarse y tomar duchas más cortas

* Apague cocina, baño, y otros fans de ventilación después de haber hecho su trabajo

* Limpie los registros de aire caliente, zócalos calentadores y radiadores, según sea necesario. Asegúrese de que no estén bloqueados por muebles, alfombras o cortinas.

* Cierre el tiro de la chimenea cuando no esté en uso.

* Ajuste su calentador de agua a la configuración normal o 120 grados, a menos que su lavavajillas requiera un ajuste más alto

* Lavar los platos a mano y llenar el fregadero con agua en lugar de dejar que se ejecute.

* No sólo cargas completas cuando se utiliza el lavavajillas y la lavadora de ropa
Use agua¬ fría para lavar la ropa¬ Utilice el control de ahorro de energía en su lavaplatos si tiene uno¬ Que los platos se sequen al aire¬Cuelgue la ropa para secar

*Limpie pelusa¬ trampa de su secadora de ropa después de cada uso

En estos tiempos difíciles, el pago de su factura de electricidad puede ser un desafío.

Sabemos cómo ayudar.

Pacific Power tiene una variedad de opciones para ayudar a aquellos que enfrentan dificultades financieras:

- La elaboración de un plan para distribuir los pagos a lo largo de un período más largo.
- Definiendo un Plan de Igualdad Salarial para igualar la cantidad adeudada cada mes.
- El cambio de fecha de vencimiento a un día más conveniente para usted, si la fecha de vencimiento mensual actual es un problema.
- Ayudando a las familias de ingresos limitados encuentran agencias de asistencia de energía locales.
- Asistencia en la gestión de su consumo general de energía.

Por favor denos una llamada a la primera señal puede no ser capaz de pagar su factura de electricidad,
mientras que sigue siendo más fácil de manejar. Hemos entrenado muy bien informados las personas que quieran ayudar.

Mira a nosotros para obtener ayuda en la búsqueda de las respuestas que necesita.

Llámenos al número gratuito: 1-888-221-7070
o Visite: pacificpower.net / ayuda

© 2009

PACIFIC POWER

Hagamos brillar las soluciones

Todos los días de Presupuesto y Consejos para ahorrar dinero

Gastos del Hogar	Promedio % de Ingresos
Vivienda y Servicios Públicos	34%
Transportación	17%
Comida (Compras y Comiendo Afuera)	13%
Seguros de Personas y Retiro	11%
Otras Cosas	10%
Cuidado de la Salud	6%
Entretenimiento	5%
Ropa y Servicios	4%

Source: US Dept of Labor, Bureau of Labor Statistics' Consumer Expenditure Survey 2007

Vivienda y Servicios Públicos

Si usted está luchando con una hipoteca inasequible o pago de alquiler, de trasladarse a un lugar más barato o conseguir un
compañero de piso puede ser opciones. De lo contrario, aquí hay algunas otras maneras de reducir sus costos de vivienda:

- **Refinanciar su hipoteca para obtener una tasa más baja, o cambiar de un año 15 de un préstamo a 30 años.**
- **Anime a su valoración**
  Impuesto a la propiedad.
- **Investigar si la agrupación de servicios (teléfono, cable, internet) podría ahorrarle dinero, o si se puede hacer sin algunos de estos servicios.**
- **Lave sólo cargas completas de platos o la ropa.**
- **Apague las luces y aparatos electrónicos cuando no estén en uso y apagar el fuego o A / C cuando no hay nadie en casa.**
- **Instale un termostato programable para tener más control sobre sus costos de calefacción y refrigeración.**

Transporte

La compra de coches de segunda mano y les conduce desde hace años es una gran manera de reducir sus gastos de transporte de por vida. Para más maneras a corto plazo para reducir los costos, pruebe estos consejos:

- **Aumentar los deducibles de su póliza de seguro de auto.**
- **Esforzarse por obtener un seguro, como buen conductor, de buen estudiante, y las cuentas de varios coches.**
- **Investigar transporte colectivo y el transporte público, y ver si su empleador ofrece ninguna subvención.**
- **Evite las facturas de reparación mediante el mantenimiento de su vehículo correctamente con los cambios de aceites, filtros.**
- **Planee sus recados alrededor de su ruta de conducción para evitar múltiples viajes, el ahorro de gas.**

Comida

Salir a cenar utiliza casi la mitad de los gastos en alimentos de la familia promedio, por lo que comer más en casa a menudo es una de las formas más sencillas para recortar su presupuesto para alimentos. Otras formas de controlar los costos incluyen:

- **Lleve el almuerzo y aperitivos para trabajar.**
- **Revise su refrigerador para que los artículos utilizan antes de que vayan mal.**
- **Renunciar a un vicio malsano (refrescos, dulces, botanas, salados, etc.)**

• Use las circulares semanales de tiendas de comestibles para encontrar artículos de la venta y comprar en consecuencia.
• Crear un libro de precios, para saber cuándo estarán a la venta los artículos, y lo que es un buen negocio.

Seguros de Personas y Retiro

Usted puede tener la tentación de recortar sus 401K contribuciones para pagar la deuda, pero evitarlo de ser posible. Empresas con planes 401K ofrecen fondos de contrapartida, para no contribuir significa que usted perderá de dinero gratis.
Aquí hay mejores zonas para buscar ahorros:
• Considere refinanciar su seguro de vida a término. Las tasas han disminuido en la última década, por lo que pueden calificar
por una prima más baja.
• Si usted tiene una póliza de incapacidad a largo plazo, investigar los ahorros si se opta por un período de espera más largo para
reducir las primas (siempre y cuando usted tiene un fondo de emergencia).
• Suspender las contribuciones a las rentas vitalicias y otras cuentas que no ofrecen los fondos de contrapartida o incentivos fiscales.

Cuidado de la Salud

Con cada vez más altos costos de atención de la salud, los empleadores están pidiendo a sus trabajadores a asumir una mayor parte de los gastos.
Pruebe estos consejos para ahorrar en los gastos de cuidado de la salud:
• Comprar genérico / Marca de la Tienda
• Solicitar recetas por correo o por Internet.
• Busque las clínicas gratuitas o de bajo costo.
• Seguro de monitor pretende asegurarse de que no está consiguiendo pegado con facturas.
• Cuida de ti mismo (hacer ejercicio con regularidad, evitar hábitos poco saludables como el tabaquismo y el alcohol, y lávate las manos con frecuencia para evitar que se enfermen).

Ropa y Servicios

Muchas personas actualizan su armario con las últimas tendencias de la moda. Otros simplemente se niegan a llevar la misma ropa por mucho tiempo. Pruebe estos consejos para limitar sus gastos de ropa y de servicios:
• Llevar a cabo un inventario de su guardarropa, y sólo comprar los artículos que trabajan con lo que ya posee.
• Evite la ropa sólo limpia y seca.
• Trate de conseguir su pelo cortado en una escuela de belleza por un precio mucho más bajo que un salón de belleza.
• Cancelar su club / membrecía de un gimnasio de salud y encontrar maneras de hacer ejercicio en casa (caminar / correr al aire libre, la compra algunas pesas, entrenamiento con amigos)
• Comprar ropa fuera de temporada, cuando los almacena Descuento (abrigos de invierno en verano, pantalones cortos en otoño, etc.)

Si usted desea más Información ConsumerCredit.com

SOLICITUD DEL PROGRAMA CARE DE PACIFIC POWER

La solicitud debe estar completada y firmada en su totalidad.
POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA CLARA

Si usted es residente de California, tiene derechos específicos en lo que respecta al uso de su información personal de conformidad con la Ley de California sobre la Privacidad del Consumidor (California Consumer Privacy Act). Para obtener más información, solicite una copia de nuestra política de privacidad o encuéntrela en nuestro sitio web **www.PacificPower.net/Privacy.**

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Número de cuenta de Pacific Power

Nombre, como aparece en su factura de Pacific Power

Domicilio (no apartados postales)

Ciudad

Código postal

Teléfono

☐ Línea fija ☐ Celular

Dirección postal (si es diferente de su domicilio)

Ciudad

Código postal

Cantidad de personas en mi hogar ____ + ____ = ____
Adultos Niños Total

☐ Actualmente tengo un ingreso fijo y recibo ingresos o beneficios de uno o más de lo siguiente: pensiones, Seguro Social, SSP o SSDI, intereses/dividendos de cuentas de jubilación, Medicaid/Medi-Cal (mayores de 65 años) o SSI. Si es así, marque (✓) esta casilla.

Certifico que:
- La factura de Pacific Power está a mi nombre
- No estoy incluido como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de otra persona.
- Vivo en la dirección en la que se recibirá el descuento.
- Entiendo que Pacific Power se reserva el derecho de verificar los ingresos de mi hogar.

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA

☐ **Marque (✓) esta casilla si usted o alguien en su hogar participa en alguno de los siguientes programas:**

- Medi-Cal/Medicaid
- CalFresh/SNAP (cupones para alimentos)
- CalWorks (TANF)/TANF Tribal
- WIC
- Medi-Cal para Familias (Medi-Cal for Families) Familias Saludables A&B (Healthy Families A&B)
- LIHEAP
- Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program, NSL)
- Asistencia General de la Oficina de Asuntos Indígenas
- Ingresos elegibles para el programa Head Start (tribal únicamente)

Si participa en alguno de los programas de asistencia pública de esta sección, PASE a la DECLARACIÓN.

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

☐ **Marque (✓) esta casilla si cumple con los requisitos de los lineamientos de ingresos. Los solicitantes deben sumar todas las fuentes de ingresos combinados del hogar para determinar la elegibilidad para el programa.**

- Pensiones
- Seguro social
- SSP o SSDI
- Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación
- Salarios o ganancias del trabajo autónomo
- Subsidios de desempleo
- Pagos por discapacidad o compensación por accidente laboral
- Ingresos por alquiler o regalías
- Becas, subvenciones u otra ayuda utilizada para gastos de manutención
- Seguros o conciliaciones judiciales
- Manutención conyugal o de los hijos
- Efectivo u otros ingresos

DECLARACIÓN (Lea atentamente y firme abajo)

Declaro que el monto total de ingresos combinados de mi hogar no es mayor que la cantidad que se muestra en la tabla adjunta para la cantidad de miembros en mi hogar. Acepto proporcionar una prueba de ingresos si se me solicita. Entiendo que se requerirá una muestra aleatoria de participantes de CARE para proporcionar una prueba de ingresos. Entiendo que se me puede exigir que participe en el Programa de Asistencia para el Ahorro de Energía (Energy Savings Assistance Program) y que los niveles inaceptables de uso de energía podrían dar lugar a mi exclusión del programa. Estoy de acuerdo con informar a Pacific Power si mis ingresos ya no califican, por lo cual es posible que deba devolver los beneficios de CARE recibidos. Entiendo que Pacific Power puede compartir mi información con otras empresas de servicios públicos o agencias para inscribirme en sus programas de asistencia.

Firma del cliente de Pacific Power _____ Fecha _____

☐ Marque esta casilla si alguna persona de su hogar tiene una discapacidad o si necesita ayuda en asuntos de accesibilidad, financieros o de idiomas durante un corte de energía por razones de seguridad pública. Pacific Power le enviará un aviso antes de realizar un corte de energía por razones de seguridad pública. Para obtener más información, visite la página **PacificPower.net/Wildfire.**

El programa Tarifas Alternativas para Energía en California (California Alternate Rates for Energy, CARE) ofrece un descuento de 20% en las facturas mensuales de electricidad para clientes elegibles.

Hay dos maneras de reunir los requisitos para CARE:
- Puede reunir los requisitos si usted o alguien en su hogar participa en uno de los programas de asistencia pública elegibles.

O

- También puede calificar si cumple con los requisitos de las pautas de ingresos que se enumeran en el cuadro a continuación.

Pautas de Ingresos de CARE	
Ingresos Anuales del Hogar Vigente a partir del 1 de junio del 2023 hasta el 31 de mayo del 2024	
Tamaño del Hogar	Límite Maximo de Ingresos para Elegibilidad*
1 a 2	$39,440
3	$49,720
4	$60,000
5	$70,280
6	$80,560
7	$90,840
8	$101,120
Cada persona adicional	$10,280

**Cálculo del límite maximo = 200% de las pautas federales de pobreza*

Si tiene preguntas, llame al **1-888-225-2611**

Si califica, puede presentar su solicitud en línea en **PacificPower.net/CARE** o enviar por correo su solicitud completa a la dirección de abajo.

Gerente del Programa CARE
Pacific Power
825 NE Multnomah, Suite 2000
Portland, OR 97232

06/2023

PACIFIC POWER.
ILUMINANDO TU POTENCIAL