



Departamento de Educación Energética y Servicios Ambientales

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

Todos los documentos **DEBEN** enviarse junto con su paquete de solicitud.

Las facturas de servicios públicos y los comprobantes de ingresos **DEBEN** tener fecha de los últimos 30 días.

Factura actual (más reciente) de GAS /PROPANO (I/A)

El período de facturación completo (todas las páginas) **debe estar dentro de los últimos 30 días**

Factura ELÉCTRICA actual (más reciente)

Factura completa (todas las páginas). **El período de facturación debe ser dentro de los últimos 30 días.**

(Incluya cualquier desconexión/avisos urgentes)

Contrato de alquiler O declaración de hipoteca

Ingresos del hogar

Los recibos de pago deben estar actualizados (últimos 30 días) para TODOS los miembros del hogar

**** Aquellos que reciben asistencia del gobierno (Seguro Social, SNAP, EDD, CalFresh, etc. deben proporcionar una Carta de adjudicación del año ACTUAL ****

Identificación con foto actual

Formulario de consentimiento firmado por el titular de la cuenta de servicios públicos (formulario proporcionado por la agencia)

****No se requiere para solicitantes cuyo nombre aparece en la factura de servicios públicos donde se aplicará el beneficio****



Complete los formularios a continuación **SÓLO** si está interesado en **SERVICIOS DE CLIMATERIZACIÓN**

- Formulario 515 Acuerdo de Servicio Energético Form
- 515A Para que el inquilino/inquilino lo complete
- Formulario 515B para que lo complete el propietario/agente
- Formar la Propuesta 65

696 South Tippecanoe Avenue, San Bernardino, CA 92408

Main 909.723.1500

Fax 909.723-1609 / 909.723.1629

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo

Formulario de admisión de energía

CSD 43 (10/2022)

<i>Solo para uso oficial</i>	
Puntos prioritarios	
A.C.C.	
Fecha del certificado de elegibilidad	

Agencia: CAPSBC 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 de correos*)

Dirección de servicio	Número de unidad
-----------------------	------------------

Ciudad	Condado San Bernardino	Estado CA	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 San Bernardino	Estado de envío CA	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.

NO COMPLETE ESTA SECCIÓN

MIEMBRO DEL HOGAR 5		NO COMPLETE ESTA SECCIÓN	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar			
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 6		NO COMPLETE ESTA SECCIÓN	
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 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 cumpla 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:



Community Action Partnership of San Bernardino County FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE ADMISIÓN

Dirección de Propiedad: _____

Teléfono #: _____

Client ID #: _____

Tipo de Vivienda: Apartamento Casa Casa Mobil Otro
 Renta Dueño Sin Hogar Otras viviendas permanentes Otro

Tipo de Familia: Madre Soltera Padre Soltero
 Dos Padres Con Hijos Persona Soltero 2 Adultos- no Ninos Otro

*# de Jóvenes Desconectados: _____ Jóvenes de 14 a 24 años que no trabajan ni estudian

* Idioma: Espanol Otro:

*** El solicitante no completa.** Esta sección es solo para uso oficial

Service(s) Requested: Utilities Weatherization Temporary Housing Food
 Secondary Education Workforce Development Permanent Housing
 Public Transportation Gas Card California ID
 Personal Hygiene / Household Items Clothing / Shoes (for work)
 Other:

Dirección de correo electrónico: _____

Use la **CLAVE** a continuación para completar esta sección para los ocupantes que viven en la casa dentro de los últimos 30 días (inserte solo los números)

Los Miembros del Hogar	Fecha de Nac(xx/xx/xx)	Numero de Seguridad Social (xxx-xx-xxxx)	Sexo (Mujer, Hombre, Otro, Desconocido/Rechazo al estado)	Discapacitado (Si, No)	Raza	Etnicidad	Tipo de Seguro de Salud	Mas Alto Nivel de Educacion	Status de Residencia	Relacion con el solicitante	Fuentes de ingresos	Beneficios no monetarios	Ingresos Mensuales	Estado Militar	Situación laboral
(Solicitante)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N									\$		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N									\$		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N									\$		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N									\$		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N									\$		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N									\$		

Raza	Etnicidad	Seguro de salud	Educacion	Residencia	Relacion Con el Solicitante	*Fuente de ingresos	*Beneficios no monetarios	Militar Estado	*Situación laboral
1. Blanco 2. Afroamericano 3. Asiatico 4. Nativo Americano/Nativo de Alaska 5. Hawaiano/Isleno Pacifico 6. Multi-Raza 7. Otro	1. Hispano 2. No-Hispano	1. Ninguno 2. Medicaid 3. Medicare 4. Basado en el empleo 5. Militar 6. Programa estatal de seguro médico para niños 7. Seguro de salud estatal para adultos 8. Compra directa 9. Otro	1. 0-8 grade 2. 9-12 / No Diploma 3. Graduado de Preparatoria / Certificado de Educacion 4. Alguna Universidad Sin Titulo 5. Graduado Universitario de 2 Anos 6. Graduado Universitario de 4 Anos 7. Otro / Graduado Post Secundaria	1. Ciudadano de U.S. 2. Residente Permanente 3. Residente Temporal 4. No Aplica	1. Yo mismo 2. Esposo 3. Hija 4. Hijo 5. Nieto 6. Madre 7. Padre 8. Hermana 9. Hermano 10. Hijo Adoptivo 11. Otro	1. Ninguno 2. Empleo 3. TANF 4. SSI 5. SSDI 6. Jubilación / Seguridad Social 7. Servicio VA 8. VA sin servicio 9. Discapacidad privada Ins. 10. Compensación de trabajadores 11. Pensión 12. Manutención de niños 13. Pensión alimenticia / manutención conyugal 14. EITC 15. Desempleo 16. Otro	1. Ninguno 2. SNAP 3. WIC 4. * LIHEAP 5. Elección de vivienda Vale 6. Vivienda pública 7. Permanente Vivienda de apoyo 8. HUD-VASH 9. Bono de guardería 10. Cuidado asequible Ley de Subsidio 11. Otro	1. Ninguno 2. Activo Militar 3. Veterano	1. Ninguno 2. Empleado a tiempo completo 3. Empleado a tiempo parcial 4. trabajador agrícola (menos de 6 meses) 5. Desempleados (menos de 6 meses) 6. Desempleados (más de 6 meses) 7. Desempleados (sin fuerza laboral / sin mirar) 8. Retirado 3. 9. No aplicable (menos de 18 años)

**** Tenga en cuenta: No se requieren números de seguro social; En su lugar, se asignará un número de "llenado", lo que puede causar retrasos en el procesamiento de su solicitud ****

Al firmar a continuación, acepto que toda la información anterior es precisa y complete.

Firma del Aplicante: _____

Fecha: _____

Intake Staff Printed Name: _____

CAP33S | Intake Assessment Form | Rev 01/04/23mm

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

Se le pide completar este formulario, ya que usted ha solicitado ayuda, y se informó que su hogar no puede dar prueba de ingresos. El Estado de California requiere que el solicitante 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?		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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:
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)
		<input type="checkbox"/> COMPENSACION DEL TRABAJO <input type="checkbox"/> DESEMPLEO <input type="checkbox"/> PROGRAMA DEL GOBIERNO <input type="checkbox"/> MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)
		<input type="checkbox"/> PAGOS DE ANUALIDADES <input type="checkbox"/> PENSIÓN <input type="checkbox"/> PAGOS TRIBALES DE CASINO <input type="checkbox"/> LOS INGRESOS POR ALQUILER <input type="checkbox"/> BENEFICIOS DE SEGURO

Sección 2: Está gastando sus ahorros o dinero prestado para cubrir sus gastos mensuales?		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Está utilizando ahorros o un préstamo con garantía hipotecaria? Cuánto? _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Está utilizando algún otro activo (dinero)? Cuánto? _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Está pidiendo prestado de las tarjetas de crédito? Cuánto? _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Está pidiendo prestado de alguna otra fuente? Cuánto? _____

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

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

Sección 4: Si nada de lo anterior se aplica a usted, por favor explique cómo sus gastos mensuales se pagan:

Firma:
Al firmar este formulario, yo afirmo que yo creo que estos hechos son exactos y veraces. Doy al Proveedor de Servicios mi permiso para verificar esta información y puedo ser responsable bajo la ley federal o estatal por dar declaraciones falsas o fraudulentas.



CERTIFICADO DE PARTICIPACION

Yo certifico que (nombre complete en letra de molde) _____ he recibido y revisado los siguientes materiales educativos: Certifico que he recibido y revisado los siguientes materiales educativos: educación de seguridad de plomo, educación energética, educación sobre moho y humedad, asesoramiento sobre el presupuesto y hoja de trabajo del presupuesto que fueron proporcionados por Community Action Partnership of San Bernardino County.

Firma del Cliente _____

Fecha _____

Nota: Estas son instrucciones sobre dónde ubicar los materiales educativos en nuestro sitio web.

- Escriba el siguiente enlace en su navegador web: www.capsbc.org/home-energy-assistance-program-heap
- Desplácese hasta la parte inferior (abajo) de la página.
- En los botones azules, haga clic en el que dice "educational material".
- Descargue el documento PDF a su computadora/dispositivo.



Asociación de Acción Comunitaria del Condado de San Bernardino (CAPSBC)

Formulario de evaluación de elegibilidad de manutención infantil

El cliente indicó que tiene la custodia de sus hijos durante el proceso de selección de admisión:

¿Es usted el padre o tutor con custodia de un niño o niños?
[] Si [] No

Y

El cliente NO indicó que está recibiendo manutención infantil como fuente de ingresos en el Formulario de verificación de ingresos

El cliente recibe la siguiente información sobre los servicios proporcionados por la agencia de cumplimiento de manutención infantil del condado de San Bernardino:

- Localización de un padre/ madre
• Organizar pruebas de paternidad
• Hacer cumplir una orden de manutención

Yo, _____ recibió una copia de la solicitud de manutención infantil (nombre del cliente) para que dichos servicios se presenten a la Agencia de cumplimiento de manutención infantil del condado de San Bernardino.

=====

Empleado/a de CAPSBC _____ provided the Instructions for (CAPSBC Employee Name) completing application for child support services. This form indicates whether a referral to the Child support enforcement agency was made and information regarding available services including a contact number for the agency and a copy of the application was provided to the client.

CAPSBC will indicate services rendered in the case notes completed in the enginuity data base tracking software. This form will remain in the client file.

CAPSBC Staff did not act in a manner to be interpreted as giving legal advice but provided a referral to the custodial parent in the single-parent family contact information to the state child support enforcement agency below:

Contact information provided 1 (866) 901-3212 and website address: www.childsup.ca.gov

Loma Linda- 10417 Mountain View Avenue- Loma Linda, CA 92354
Ontario – 191 N. Vineyard Avenue – Ontario, CA 91764
Victorville- 15400 Civic Center Drive –Victorville, CA 92392

DEPARTMENT OF COMMUNITY SERVICES AND DEVELOPMENT
CSD 321 (Rev. 07/01/2022)

CLIENT EDUCATION CONFIRMATION OF RECEIPT

Name of Occupant

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.
- Asbestos Education** - A copy of the pamphlet, *FAQs About Asbestos in the Home and Workplace*, informing me about identifying asbestos-containing materials in the home, exposure, and available resources.

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** **Asbestos**

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** **Asbestos**

Signature (Agency Representative)

Print name

Date mailed

Department of Community Services and Development

Formulario de autorización y consentimiento del titular de la cuenta

CSD Form 081 (Rev. 12/17)

NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombre completo del titular de la cuenta		
Dirección postal del titular de la cuenta (número y calle)		Número de unidad (si tiene)
(Ciudad)	Estado	Código postal
¿La dirección donde recibe servicios públicos es la misma que la dirección del titular de cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre completo del solicitante de beneficios (del formulario 43)		
Dirección donde recibe el servicio público (número y calle)		Número de unidad (si tiene)
(Ciudad)	Estado CA	Código postal

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Escriba el nombre de la empresa de servicios públicos y su número de cuenta a continuación (puede encontrar el número de cuenta en la factura). Si diferentes empresas le proveen los servicios de gas y electricidad, escriba el nombre y número de cuenta de ambas empresas.

Nombre de la empresa de servicios públicos	Número de cuenta del servicio
Nombre de la empresa de servicios públicos (si tiene una segunda empresa que le provee servicios públicos)	Número de cuenta del servicio

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, usted (el titular de la cuenta) da su autorización y consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (asociados de CSD) y a su empresa de servicios públicos y sus contratistas, para que compartan la información sobre la cuenta de servicios públicos, información del medidor de uso y el consumo de energía y otra información según sea necesario de su propiedad durante el período que inicia 24 meses antes y finaliza 36 meses después de la fecha firmada abajo. La información que nos autoriza a obtener y compartir se usará para fines de evaluar el uso doméstico de energía de los beneficiarios del programa para que CSD pueda: a) medir la efectividad de los servicios que proporcionamos al determinar cuánto se reducen sus facturas de servicios públicos y cuánto nuestros servicios reducen las emisiones de carbono (contaminación atmosférica) y b) informar estos resultados a las autoridades federales y estatales que financian y supervisan los programas de asistencia de energía de California. CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias estatales o federales y programas afiliados (asociados de CSD), en colaboración con su empresa de servicios públicos y sus contratistas, utilizan esta información para brindar servicios que ayudan a familias de bajos ingresos, como la del solicitante, a pagar sus facturas de energía de consumo doméstico y administrar estas necesidades energéticas para los fines indicados en esta autorización.

Firma del titular de la cuenta	Fecha	Nombre del contratista/organización asociada de CSD
--------------------------------	-------	---

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO

Usted acepta que su consentimiento permanecerá en vigencia por 36 meses a partir de la fecha en que firma esta autorización, a menos que lo revoque mediante una notificación escrita enviada a: CSD Energy & Environmental Services Division, 2389 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833. La revocación entrará en vigor tras su recepción, pero no se aplicará a ninguna información que fue compartida mientras esta autorización estaba vigente.

PROGRAMAS APLICABLES

Algunos de los programas que CSD supervisa o con quienes está asociado incluyen a:

- CSD Federal Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- CSD Federal Department of Energy Weatherization Assistance Program (DOE WAP)
- State Low-Income Weatherization Program (LIWP)
- Department of Housing and Urban Development (HUD) Lead Hazard Control and Healthy Homes Program
- Utility Company Energy Savings Assistance (ESA) Program
- Utility Company California Alternate Rates for Energy (CARE) Program

Esta Página Se Dejó Intencionadamente En
Blanco



PROPOSICION 65

AGUA POTABLE SEGURA Y LEY DE 1986 EN CUMPLIMIENTO TOXICO

ACUSE DE RECIBO

Estimado cliente,

En 1986, los votantes de California aprobaron la ley en cumplimiento toxico para agua potable segura conocida como Proposición 65. En cumplimiento de esta ley, el estado de California requiere que los clientes que tienen aislamiento de fibra de vidrio instalado en su residencia estén informados de que la fibra de lana de vidrio, que se encuentra en la instalación de fibra de vidrio, es un producto químico conocido por el Estado de California como ser causante de cáncer.

Al firmar este formulario, usted reconoce que la información anterior le ha sido explicada por el contratista que está instalando el aislamiento en su hogar, y que comprende completamente que la fibra de vidrio está en la lista como sustancia química tóxica según la proposición 65.

Nombre del Cliente (*imprimir*) _____

Firma _____ Fecha _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____ Código Postal _____



ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

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

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

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

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

Additional Certifications For Owner-Occupants ONLY:

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

Additional Certifications For Tenants ONLY:

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



ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

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

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

Owner-Occupant or Tenant's Signature	Date
--------------------------------------	------

Contractor/Agency Assurance

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

Community Action Partnership of San Bernardino
 696 South Tinnecanoe Ave.
 San Bernardino 92408-2607
 (909) 723-1500
weatherizationservices@capsbc.org (909) 723-1609

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

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

Tranyl Johnson