



## PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGIA (LIHEAP)

Ayudamos a los residentes del **Condado de Alameda** a pagar la factura de PG&E o Alameda Municipal Power

La solicitud completa **debe** incluir:

- ✓ Aplicación completa (todas las formas deben ser llenadas y firmadas)
- ✓ **Copia** de identificación otorgada por el gobierno de Estados Unidos (ejemplo: licencia de conducir, identificación estatal o pasaporte USA) no más de 1 año después de la fecha de vencimiento (las personas mayores de 60 años pueden presentar una identificación vencida sin importar la fecha de caducidad).
- ✓ **Copia** completa de la más reciente factura de energía. Incluya cualquier aviso de atraso o desconexión aplicable (ejemplo: 15 días, 48 horas).
- ✓ Prueba de ingreso—Todos los miembros del hogar deben proporcionar copias completas/sin modificaciones de los documentos de ingresos brutos de los últimos 30 días (a menos que se indique lo contrario a continuación). Los ejemplos comunes incluyen:

Tipo de Ingreso	Descripción y Opciones de documentos requeridos
Empleo (solo mayores de 18 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talones de ingreso, consecutivos, de los últimos 30 días. Si se le paga semanalmente, proporcione 4 talones consecutivos; si es quincenal, proporcione 2</li> </ul>
Seguro Social SSI/SSP o SSA/SSDI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de beneficios del año actual</li> <li>• Historial bancario más reciente con el depósito directo del mes actual</li> </ul>
Pensiones/Rendita/IRA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de premio (los historiales bancarios no son un sustituto aceptable).</li> <li>• Talón de cheque más reciente o carta de beneficio otorgado en los últimos 30 días</li> </ul>
CalWorks/GA/GR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviso de acción, carta de verificación o resumen historial</li> <li>• Historial bancario más reciente con el depósito directo del mes actual</li> </ul>
Trabajo propio/Contratista Independiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Copia firmada y fechada</u> de los Impuestos Federal, Forma 1040, con el Anexo 1 y Anexo C incluidos</li> <li>• Copia de su diario de clientes/cuentas/trabajos/ingresos en los últimos 30 días</li> </ul>
Desempleo/EDD/Incapacidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talones de pago de beneficios durante las 4 semanas más recientes</li> <li>• Historial de pagos o carta de adjudicación actual</li> </ul>
Manutención de los hijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la orden de tribunal de manutención infantil dentro de los últimos 30 días</li> <li>• <u>Carta firmada y fechada</u> del padre/madre indicando el pago mensual</li> </ul>
Préstamos/regalos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Carta firmada y fechada</u> del prestamista con su nombre, monto específico de préstamo o regalo, fecha(s) y número telefónico</li> </ul>
Compensación al trabajador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de talón de cheque de beneficios otorgados en los últimos 30 días</li> <li>• Cópia de carta de beneficios, o historial de beneficios de su cuenta de EDD en línea</li> </ul>

❖ ¿SIN INGRESOS? Los hogares que no proporcionan o no pueden proporcionar prueba de ingresos deben completar el formulario CSD 43B Certificación de Ingresos y Gastos (incluido). Esto no es necesario si su hogar proporciona documentación de ingresos.

Aplicar en línea en [CALIHEAPApply.com](http://CALIHEAPApply.com) -o- ENVÍE POR CORREO su solicitud completa con los DOCUMENTOS REQUERIDOS a:

**Spectrum Community Services**  
**LIHEAP Program**  
**P.O. Box 4317**  
**Hayward, CA 94540-4317**

NO USE CORRECTOR BLANCO, CINTA ADHESIVA, GRAPAS O CLIPS DE PAPEL

# Elegibilidad del solicitante de LIHEAP

Debido a los recortes de fondos, el gobierno federal decreto una ley requiriendo que el objetivo del estado sean los hogares con bajos ingresos y altos costos de energía, teniendo en consideración los hogares con personas de la tercera edad (60 años o más), personas con discapacidades, y niños menores de cinco años. Esto significa que podría haber hogares que recibieron asistencia en el pasado y ya no la recibirán, este año, debido a que pertenecen a un grupo de baja prioridad y no se consideran entre los más necesitados.

La elegibilidad está basada en el ingreso mensual (antes de impuestos) de todas las personas que viven en el hogar, la cual no puede sobrepasar la guía de ingresos de LIHEAP que se encuentra debajo:

## Guía de Ingresos para el 2024

INTEGRANTES DEL HOGAR	1	2	3	4	5	6	7	8
INGRESO MENSUAL ANTES DE IMPUESTOS	\$2,882.83	\$3,769.83	\$4,656.83	\$5,543.92	\$6,430.92	\$7,317.92	\$7,484.25	\$7,650.58

## Qué esperar después de presentar la solicitud:

	EN LÍNEA	EN PAPEL (por correo)
1	Recibirán un correo electrónico confirmando que la solicitud se envió correctamente	Postal enviada a través del correo confirmando la solicitud recibida
2	Correo electrónico de actualización enviado:	Carta de actualización enviada a través del correo:
	2a. Se necesitan documentos adicionales	2a. Se necesitan documentos adicionales
	2b. Solicitud elegible para el beneficio LIHEAP (Recibirán confirmación escrita)	2b. Solicitud elegible para el beneficio LIHEAP (Recibirán confirmación escrita)
	2c. Recibirán confirmación escrita de solicitud negada con motivo de rechazo	2c. Recibirán confirmación escrita de solicitud negada con motivo de rechazo

Recordatorio: LIHEAP no es un programa de derecho. Recomendamos continuar haciendo pagos a su cuenta. Spectrum también ofrece servicios de climatización para ayudar a bajar su uso y factura de energía

## RECURSOS ADICIONALES

### EMPRESAS DE ENERGÍA ELÉCTRICA EN EL CONDADO DE ALAMEDA

- Pacific Gas & Electric Company (PG&E) – PGE.com • 800-743-5000
- Alameda Municipal Power (sólo para residentes de la Ciudad de Alameda) – AlamedaMP.com • 510-748-3900
- East Bay Community Energy (EBCE) – EBCE.org • 833-699-3223

### SERVICIOS COMUNITARIOS DE SPECTRUM – SpectrumCS.org • 510-881-0300

#### Programas de asistencia de energía

- Programa de asistencia de energía para hogares de bajos ingresos (LIHEAP): ayuda a las familias de bajos ingresos en el condado de Alameda a pagar sus facturas de PG&E o Alameda Municipal Power.
- Programa de climatización para personas de bajos ingresos (WX): ayuda a las familias de bajos ingresos en el condado de Alameda a pagar sus facturas de agua.

#### Programas para personas mayores (para todos los residentes del condado de Alameda que tienen 60 años o más)

- Comidas para personas mayores (Senior Meals): comidas colectivas para personas mayores activas en una docena de lugares en el norte, centro y sur del condado de Alameda.
- Comidas sobre ruedas (Meals on Wheels): comidas a domicilio en las ciudades de Tri-Valley de Dublin, Pleasanton, Sunol y Livermore.
- Prevención de caídas: clases virtuales y en persona en todo el norte y centro del condado de Alameda para personas mayores de bajos ingresos y en riesgo para reducir y prevenir caídas que pueden provocar complicaciones de salud devastadoras.
- Conéctese (Connect): controles de bienestar, llamadas tranquilizadoras y visitas amistosas a personas mayores en el condado de Alameda para combatir el aislamiento social.



Formulario de Admisión de Energía CSD-43

### INFORMACIÓN DEL APLICANTE

<b>Nombre:</b>			<b>Inicial del segundo nombre:</b>			<b>Apellido:</b>					
Número de Seguro Social (SSN)						Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)					
Raza:						Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)					
<input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o Afroamericano <input type="radio"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="radio"/> Blanco						<input type="radio"/> Multiracial (2 o más razas) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Desconocido/No desea especificar					
Etnicidad: <input type="radio"/> Hispano / Latino <input type="radio"/> No hispano/Latino <input type="radio"/> Desconocido/No desea especificar						Gender: <input type="radio"/> Female <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Other <input type="radio"/> Desconocido/No desea especificar					
Dirección de envío:						Número de unidad:			¿Es propietario o alquila su vivienda?		
									<input type="radio"/> Propietario <input type="radio"/> Alquilo		
Ciudad postal:				Condado postal:		Estado postal:		Código postal:			
				ALAMEDA		CALIFORNIA					
Dirección de servicio (la residencia donde se entregan los servicios públicos):									Número de unidad:		
<input type="radio"/> Lo mismo que arriba (no use buzón postal)											
Ciudad de servicio:				Condado servicio:		Estado servicio:		Código servicio:			
				ALAMEDA		CALIFORNIA					
<b>¿Ha vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No						<b>¿Vive actualmente en esta dirección de servicio?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
Teléfono de casa				Email Address (dirección de correo electrónico)							
Teléfono celular											
Idioma preferido si no es español:				Método de contacto preferido:				Mejor momento para contactarte:			
				<input type="radio"/> Correo electrónico <input type="radio"/> Texto <input type="radio"/> Correo				<input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche			

### INFORMACIÓN DE LA FACTURA DE ENERGÍA

¿A qué factura de energía desea que se aplique su beneficio LIHEAP? (Elige solo uno)

Gas natural   
  Electricidad   
  Madera   
  Propano   
  Aceite combustible   
  Queroseno   
  Leña fabricada   
  Bolitas   
  Otros combustibles

**Proveedor de energía:**   
 Pacific Gas & Electric (PG&E)   
 Alameda Municipal Power (AMP)

Mi utilidad está subcontratada   
 Mi servicio público está incluido en el alquiler

**Número de cuenta:** \_\_\_\_\_

Mi servicio ha sido cortado   
 Tengo Aviso de Morbosidad en esta cuenta   
 Mis servicios públicos son todos eléctricos.

**¿Su compañía de gas natural es la misma que su compañía eléctrica?**   
 Sí   
 No   
 N/A

**¿Eres el titular de la cuenta de electricidad?**   
 Sí   
 No   
**Eres el titular de la cuenta de gas natural?**   
 Sí   
 No

¿Cuál es el principal combustible utilizado para CALENTAR su vivienda? (Escribe solo uno) \_\_\_\_\_

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   
  Bolitas   
  Otros combustibles

**Servicio de madera, propano o aceite combustible, queroseno, u otros**   
 ¿Se ha quedado sin combustible?   
 Sí   
 No   
 N/A

Indique el número aproximado de días que faltan para que se le acabe el combustible \_\_\_\_\_  N/A

### Datos demográficos del hogar: Incluyéndose a usted mismo, cuántos miembros de su hogar son:

<b>Raza:</b>				<b>Sexo:</b>			
_____ Indio Americano o Nativo de Alaska		_____ Asiático		_____ Hombre autoidentificado		_____	
_____ Negro o afroamericano		_____ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico		_____ Mujer autoidentificada		_____	
_____ Blanco		_____ Multiracial (2 o más razas)		_____ Desconocido/No desea especificar		_____ Otro	
_____ Otro		_____ Desconocido/No desea especificar		<b>Etnicidad:</b>			
				Origen hispano, latino o español _____			
				Origen no hispano, latino o español _____			
				Desconocido/No desea especificar _____			

<b>Para uso interno</b>	Intake Date _____	Eligibility Certification Date _____
(11.7.23)	Discontinuation of Energy Services prevented? Yes / No	Referral Agency _____

**DEMOGRAFÍA E INGRESOS DEL HOGAR**

**Información del hogar**

¿Cuántas personas viven en el hogar, incluido usted?

¿Cuántas personas en su hogar son:  
 Edades 0-2 años \_\_\_\_\_  
 Edades 3-5 años \_\_\_\_\_  
 Edades 6-18 años \_\_\_\_\_  
 Edades 19-59 años \_\_\_\_\_  
 Edades 60+ \_\_\_\_\_

¿También, cuántas personas en su hogar son:  
 Discapacitados \_\_\_\_\_  
 Indígena Americano \_\_\_\_\_  
 Trabajador agrícola temporal o migrante \_\_\_\_\_

Está usted o alguien de su hogar ACTUALMENTE recibiendo CalFresh (cupones de alimentos)?  
 Sí  No

**Ingresos del hogar**

¿Cuántos miembros del hogar reciben ingresos?

Ingrese el ingreso MENSUAL BRUTO total de todas las personas que viven en el hogar. Debe enviar copias de los documentos de ingresos de todos los miembros del hogar.

Cheques de pago \$ \_\_\_\_\_  
 Pensión \$ \_\_\_\_\_  
 TANF / CalWORKS / GA / GR \$ \_\_\_\_\_  
 Trabajador autónomo (contratista independiente, conductor de Uber/Lyft, Door Dash, reciclaje, etc.) \$ \_\_\_\_\_  
 SSI / SSP & SSA / SSDI \$ \_\_\_\_\_  
 Desempleo \$ \_\_\_\_\_  
 Otro \$ \_\_\_\_\_

**INGRESOS MENSUALES BRUTOS EN TOTAL**

**\$**

**LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

Ingrese la información a continuación para TODOS los miembros de su hogar, incluido usted mismo. Si en su hogar viven más de 7 personas, escriba la información en una hoja de papel aparte.

NOMBRE Y APELLIDO	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AA)	FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES (Antes de Impuestos/ deducciones)
1. Solicitante (usted)	Usted mismo	Igual que en la página 1		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
<b>TOTAL INGRESO MENSUAL EN BRUTO DEL HOGAR</b>			<b>\$</b>	

**CONSENTIMIENTO PARA SOLICITAR BENEFICIOS Y SERVICIOS**

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 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 negada, o si recibo una respuesta inoportuna o un decisión no satisfactoria, puedo iniciar una apelación por escrito con el proveedor local de servicios y mi apelación será revisada dentro de los 15 días de ser recibida. 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.

**FIRMA DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

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.

Este formulario debe ser completado solamente cuando el solicitante de LIHEAP no es el titular de la cuenta

**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.

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

**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

## CERTIFICACIÓN de ingresos y gastos

Se le pide completar este formulario, ya que usted ha solicitado ayuda, y se informó que su hogar no puede dar prueba de ingresos. El Estado de California requiere que el solicitante informe de todas las fuentes de ingresos. Este formulario nos ayudará a entender cómo usted cumple con los gastos. Por favor, complete la siguiente información:

Información del solicitante	
Nombre:	
Dirección:	

Sección 1: Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar?					
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido dinero por cualquier trabajo que se realiza sólo de vez en cuando, como trabajaren el jardín, cuidado de niños, la donación de sangre, etc?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido algún regalo de dinero? Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre y número de teléfono de la persona que le entregó el regalo:			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		COMPENSACION DEL	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	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? _____

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.

**Firma del solicitante** **Fecha**