



CENTRAL COAST ENERGY SERVICES

1-888-728-3637

PO BOX 2707 · WATSONVILLE, CA 95077

Apply for HEAP ONLINE at www.CaLIHEAPapply.com

2018

Serving Monterey, Santa Cruz, and San Mateo Counties

HE FT WP DN Intake Date:

HELP US HELP YOU FASTER - Enter your e-mail address:

First Name: Middle Initial: Last Name:

Mailing Address: Unit Number:

Mailing City: Mailing County: Mailing State: Mailing ZIP Code:

Service Address (where applicant lives): Unit Number: Same as above (Do not use P.O. Box)

Service City: Service County: Service State: Service ZIP Code: California

Have you lived at this service address during the last 12 months? Phone Number: Best time to reach you? Alternate: Morning Afternoon Evening

Applicant's Social Security Number Applicant's Date of Birth Energy Bill Information Which energy bill should your LIHEAP benefit to be applied to? Natural Gas Electricity Wood Propane Fuel Oil Kerosene

Income How many adults in the household receive income? Income Information: How many people in your household are: Household Information: Total number of persons living in the household including applicant: Company Name: Account Number:

Are your utilities included in rent or sub-metered? What is the main fuel you use to HEAT your home? Natural Gas Electricity Wood Propane Fuel Oil Kerosene

What is the secondary fuel source (if any) used to HEAT your home? Natural Gas Electricity Wood Propane Fuel Oil Kerosene

Electric Service Are ALL your utilities electric? Is your electricity shut-off? Yes No

Natural Gas Service Are your gas and electric company the same? Is your natural gas shut-off? Yes No

Propane, Wood, Fuel Oil Service Are you currently out fuel? A delivery of fuel lasts approximately: months Approximately how many days until you run out of fuel? Yes No

Table with 6 columns: First Name, Last Name, Relation to Applicant, Date of Birth (MM/DD/YY), Total Monthly Gross Income, Source of Income

The information on this application will be used to determine and verify my eligibility for assistance. By signing below, I give my consent (permission) to CSD, its contractors, consultants, other federal or state agencies (CSD Partners) and to my utility company and its contractors, to share information about my utility account, energy usage and/or other information needed to provide services and benefits to me as described at the end of the form. My consent shall be effective for the period beginning 24 months prior to, and continuing for 36 months after, the date signed below. I understand that if my application for LIHEAP/DOE benefits or services is denied, or if I receive untimely response or unsatisfactory performance, I may initiate a written appeal with the local service provider and my appeal shall be reviewed no later than 15 days after the appeal is received. If I am not satisfied with the local service provider's decision I may then appeal to the Department of Community Services and Development pursuant to Title 22, California Code of Regulations section 100805. If applicable, I hereby authorize installation of weatherization measures to my residence at no cost to me. I declare, under penalty of perjury, that the information on this application is true, correct, and that the funds received will be used solely for the purpose of paying my energy costs. *LIHEAP/DOE Intake Form (Rev.11/2017)

Applicant's Signature Date Witness's Signature (If signed with an X)

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

OR OFFICE USE ONLY: Energy Services Restored after disconnection: Yes No Disconnection of Energy Services prevented: Yes No Energy Cost: \$ Energy Burden: %



CENTRAL COAST ENERGY SERVICES

1-888-728-3637

PO BOX 2707 · WATSONVILLE, CA 95077

Aplique por Internet en www.CaLIHEAPapply.com

2018

Entiendo los Condados de Monterey, Santa Cruz, y San Mateo

HE FT WP DN Intake Date:

¿UDENOS A SERVIRLE MAS RAPIDO - Someta su Correo Electrónico:

Nombre: Inicial: Apellido:

Domicilio Postal: Numero de Unidad:

Ciudad: Condado: Estado: Código Postal:

Domicilio De Servicio (donde vive el aplicante): Numero de Unidad: Mismo de arriba (No use Apartado Postal/P.O. Box)

Ciudad (en que recibe el servicio): Condado: Estado: Código Postal: California

¿Ha vivido en el domicilio de servicio ante los últimos 12 meses? Número de Teléfono: ¿Mejor tiempo para llamarle? Mensaje: Mañana Tarde Noche

Número de Seguro Social del Apicante: Fecha de Nacimiento del Apicante: Información de Cuenta de Energía

Ingresos: ¿Cuántos adultos en el hogar? ¿Tienen ingresos? ¿Quiénes en su hogar? ¿Recibe CalFresh? ¿Escriba el total Ingreso en bruto mensual para todos en la vivienda. Debe enviar comprobantes de todos los ingresos para todos los adultos en la vivienda. Saldo(s) \$, Pensión \$, Works \$, SSP \$, Alquiler \$, Mantenimiento de Niños \$, Otros Ingresos \$, TOTAL \$

Información de Hogar: Total número de personas viviendo en el hogar incluyendo el aplicante: Cuántas personas en su hogar son: 2 años o menores, 3 años a 5 años, 6 años a 18 años, 19 años a 59 años, 60 años o mayor, Discapacitados, Americanos Nativos, Ingles Limitado, Campesinos Temporales

Información de Cuenta de Energía: ¿A cuál factura de energía desea aplicar su beneficio de LIHEAP? Gas Natural, Electricidad, Madera, Propano, Aceite Combustible, Queroseno. Nombre de compañía: Número de cuenta: ¿Su electricidad es incluida en la renta o sub-medida? Combustible principal que se utiliza para calentar su casa: Combustible secundario que se utiliza para calentar su casa: Servicio Eléctrico: ¿Sus utilidades son todas eléctricas? ¿Su electricidad está actualmente desconectada? Servicio de Gas Natural: ¿Su Compañía de Electricidad la misma que su Compañía de Gas Natural? ¿Su servicio de Gas Natural esta desconectado? Propano, Madera, Servicio de Aceite Combustible: ¿Está usted actualmente sin combustible? Una entrega de combustible dura cerca de: meses. ¿Aproximadamente cuántos días te quedan de combustible?

Table with 6 columns: Nombre, Apellido, Parentesco con el Solicitante, Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA), Cantidad de Ingreso Mensual, Fuente de Ingreso

Información de la presente solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar a continuación, presto mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores y otras oficinas federales o estatales (socios del CSD) y a mi empresa de servicios públicos y a sus contratistas para entregar información acerca de mi cuenta de servicios públicos doméstica, consumo de energía u otra información necesaria para prestarme los servicios y beneficios descriptos al final del presente formulario. El consentimiento tendrá vigencia por un plazo de 24 meses anteriores a la fecha de firma que se consigna a continuación y hasta 36 meses después. Entiendo que si mi solicitud para los beneficios o servicios LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta fuera de término o una prestación no satisfactoria, podré presentar una apelación escrita ante el proveedor del servicio local, y esta apelación será evaluada no más de 15 días después de su recepción. De no estar conforme con la decisión del proveedor del servicio, podré apelar ante el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo conforme al Artículo 100805, Título 22 del Código de Normas de California. De resultar aplicable, autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costos a mi cargo. Declaro, bajo pena por falso testimonio, que la información incluida en la presente solicitud es verdadera, correcta, y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para los pagos de mis costos de energía. *LIHEAP/DOE Intake Form (Rev.11/2017)

Firma del Solicitante, Fecha, Firma del Testigo (si firmó con una X). MBRE DE LA OFICINA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia en Energía Doméstica (HEAP). AUTORIDAD: El artículo 16367.6 del Código de Gobierno (a) nombre a CSD como oficina responsable del manejo del HEAP. OBJETO: La información que usted proporciona será utilizada para decidir si resulta o para el pago de LIHEAP o los servicios de climatización. ENTREGA DE INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información solicitada. OTRA INFORMACIÓN: CSD emplea definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas sobre Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Estado del Departamento de Servicios Médicos y Humanos para determinar la aptitud al programa. Durante el procesamiento de la solicitud, el subcontratista designado de CSD podría necesitar más información para decidir respecto de su aptitud para uno o ambos programas. ACCESO: El subcontratista designado de CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, de ser utilizada, para determinar su aptitud. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. CSD no discrimina al momento de prestar sus servicios como consecuencia de raza, religión, color, nacionalidad, ancestros, discapacidad física, discapacidad mental, enfermedad, estado civil, sexo, edad ni orientación sexual.

OFFICE USE ONLY: Energy Services Restored after disconnection: Disconnection of Energy Services prevented: Energy Cost: Energy Burden:



WEATHERIZATION SERVICE AGREEMENT

Central Coast Energy Services (Contractor) agrees to install certain weatherization and energy conservation measures at **no cost to the owner** for the following dwelling unit(s).

See reverse side for instructions.

SECTION 1: MUST BE COMPLETED BY THE APPLICANT. *If you are the Owner of the dwelling, you must also complete Section 2.*

SECCION 1: DEBE SER COMPLETADA POR EL APLICANTE. *Si usted es el Dueño de la vivienda, también complete la Sección 2.*

Applicant Name: Nombre del Apicante:			
Street Address: Domicilio:		Unit #: # de Unidad:	
City/Zip: Ciudad/Código Postal:			
Home Phone: Teléfono:		Work or Daytime Phone: Número durante el día o del trabajo:	
When is the best time to reach you? ¿Cuándo es el mejor tiempo para llamarle?	<input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Evening <input type="checkbox"/> Noche
Applicant Signature: Firma:			Date: Fecha:

SECTION 2: MUST BE COMPLETED BY THE OWNER OR OWNER'S AUTHORIZED AGENT *(please print)*

SECCION 2: DEBE SER COMPLETADA POR EL DUENO O PROPIETARIO *(favor de escribir en molde)*

Was unit built before 1978? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is this a HUD assisted unit: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Name of Owner or Owner's Authorized Agent: Nombre del Dueño o /Agente Autorizado:	
Name of Managing Company (if applicable): Nombre de la Compañía Encargada (si es aplicable):	
Mailing Address: Domicilio:	
City/Zip: Ciudad/Código Postal:	
E-Mail Address: Correo Electrónico:	
Home Phone: Teléfono:	
Work or Daytime Phone: Número durante el día o del trabajo:	
Signature: Firma:	
Date: Fecha:	

By signing this form, the owner or owner's agent and the tenant grant the contractor permission to enter the dwelling unit and to perform or install weatherization measures, minor home repair, and/or rehabilitation including but not limited to repair or replacement of doors and windows, caulking, door thresholds, water heater blankets and pipe wrap, insulation, setback thermostat, carbon monoxide detectors, mechanical ventilation, repair or replacement of inefficient or unsafe gas appliances (furnaces/stoves/water heaters), and additional measures to prevent the loss of heat and reduce the amount of energy consumption to the above-described unit, and agree to the following:

1. The owner or owner's agent shall not raise the rent of the unit or evict the unit's resident because of the increased value of the unit due solely to weatherization measures, minor home repair, and/or rehabilitation provided by the contractor.
2. The owner or owner's agent and the tenant shall retain all applied measures in the residence where installed.
3. The tenant authorizes the contractor access to utility company records to obtain only energy usage data for a period of one year before and one year after weatherization measures, minor home repair, and/or rehabilitation are completed.

The contractor agrees to the following:

1. Shall be responsible for the cost of weatherization measures, minor home repair, and/or rehabilitation performed.
2. Shall ensure that the agency is insured and shall be responsible for damage to unit premises, furnishing, and/or resident(s) that is caused by weatherization activities, minor home repair, and/or rehabilitation.
3. Shall schedule weatherization services, minor home repair, and/or rehabilitation at the convenience of all parties.
4. Shall provide weatherization services, minor home repair, and/or rehabilitation only to tenants eligible under program requirements.
5. 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.

FOR OFFICE USE ONLY:

Rev.1/2017

DJSN _____ APP ID _____ RECERT DATE _____ NOTES _____

Central Coast Energy Services
P.O. Box 2707, Watsonville, CA 95077 • Phone: 1-888-728-3637
CA Contractor's License #830815

WEATHERIZATION SERVICE AGREEMENT INSTRUCTIONS:

Before assessing a home or unit for Weatherization Services and installation of energy conservation measures, the Applicant **AND** Property Owner/Owner's Authorized Agent must sign the agreement on the reverse side of this page. There is no cost to the owner or the applicant. This is a FREE service. After Central Coast Energy Services receives the signed agreement, the Applicant will be contacted for an appointment for assessment of the home or unit.

Section 1 is to be completed by the **Applicant**. If the applicant is the owner of the dwelling, Section 2 must also be completed:

- Enter the applicant's name, address and phone number.
- Mark the best time of day that you can be reached
- The signature must be the applicant's

Section 2 is to be completed by the **Owner** or **Owner's Authorized Agent**:

- If the dwelling was built before 1978 check yes. If the dwelling was built in 1978 or later check no.
- If the dwelling is a HUD assisted unit check yes. If the dwelling is not a HUD assisted unit check no.
- Enter the owner or authorized agent's name, address and phone number.
- The signature must be the Owner or Authorized Agent's.



INSTRUCCIONES PARA EL CONTRATO DE SERVICIOS DE INSOLACION:

Antes de asesorar la vivienda o unidad para Servicios de Insolación y medidas de eficiencia de energía, el aplicante **Y** el dueño o propietario deben de firmar el contrato al reverso de la página. Este servicio es GRATIS para dueños e inquilinos. Después de recibir el contrato firmado, Central Coast Energy Services se comunicará con el aplicante para hacer una cita para la inspección de la vivienda.

Sección 1 debe ser completada por el **Aplicante**. Si el aplicante es el dueño, también debe completar Sección 2:

- Imprima el nombre, domicilio, y número de teléfono del aplicante.
- Apunte el mejor tiempo durante el día para llamarle.
- La firma debe ser del aplicante.

Sección 2 debe ser completada por el **Dueño o Propietario**:

- Si la casa fue construida antes del 1978, indique sí. Si la casa fue construida en 1978 o después, indique no
- Si la casa fue financiado por el programa de HUD, indique sí. Si la casa no fue financiado por el programa de HUD, indique no
- Imprima el nombre, domicilio y número de teléfono del Dueño o Propietario.
- La firma debe ser del Dueño o Propietario.



Central Coast Energy Services
PO BOX 2707 • Watsonville CA 95077
1-888-728-3637

For Agency Use Only:
App SN #:

DECLARATION OF NO COUNTABLE INCOME

Complete this form if you are over 18 years of age and claim no COUNTABLE income

I, _____ certify that I am a member of the attached household and have **no** income that is countable towards the household. I depend on non-countable income from:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Food Stamps (CalFresh) | <input type="checkbox"/> Gifts |
| <input type="checkbox"/> Withdrawal from Savings accounts | <input type="checkbox"/> Student Assistance: Educational Grants or Loans |
| <input type="checkbox"/> Loans | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

I certify that I am 18 years of age or older and that the information stated here is true and accurate and by signing this form, I am under penalty of criminal prosecution if false information results in assistance for which I am not eligible.

Signature

Date

DECLARACION DE FALTA DE INGRESOS CONTABLES

Completa esta forma si eres mayor de 18 años de edad y no recibes ingresos CONTABLES

Yo, _____ certifico que soy un miembro del hogar asociado con esta aplicación y **no** tengo ingresos que contribuyen a dicho hogar. Yo dependo de ingresos no-contables de:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estampillas para Comida (CalFresh) | <input type="checkbox"/> Regalos |
| <input type="checkbox"/> Retiro de Cuentas de Ahorro | <input type="checkbox"/> Asistencia Estudiantil: Becas o Prestamos |
| <input type="checkbox"/> Préstamos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Certifico que soy mayor de 18 años de edad y que la información indicada en esta forma es verdadera y exacta y que al firmar esta forma, estoy bajo pena de prosecución criminal si la información es falsa y resulta en ayuda por la cual no soy elegible.

Firma

Fecha



Central Coast Energy Services
P.O. Box 2707
Watsonville, CA 95077-2707
1-888-728-3637

CARTA DE CERTIFICACION

Costo de Energía Incluido en la Renta

Estimado Dueño/Propietario:

El programa HEAP (Home Energy Assistance Program) asiste a familias de bajos ingresos con los costos de energía. Antes de recibir asistencia, Aplicantes deben demostrar la cantidad de sus ingresos que van hacia el pago del costo de energía. Esta solicitud es de acuerdo con el Acta Low-Income Home Energy Assistance Program Reauthorization de 1994, por Ley Publica 97-35, como enmendada.

De acuerdo con la intención de la Ley Federal, se les pide a dueños y propietarios proveer a Aplicantes del programa HEAP, la cantidad de renta mensual que es designada para pagar el costo de energía.

Si usted no puede determinar el costo de energía por cada unidad, puede estimar dividiendo el costo actual total de su factura por el número de unidades que cuentan con el servicio de esa factura. Su compañía de utilidad también es una buena fuente de información y le podría ayudar a obtener esta información.

Le agradecemos su colaboración.

Nombre de Aplicante: _____

Dirección: _____ Unidad: _____

Ciudad: _____

Cantidad de renta pagada hacia el costo de energía: \$ _____

Esta es la cantidad de todas las unidades en la dirección anterior

Nombre de Persona Proveyendo Certificación: _____

Firma: _____ Fecha: _____