

Lista de Verificación de la Solicitud del Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos

**POR FAVOR LEA AMBOS LADOS de esta hoja de instrucciones.
TODAS LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN NEGADAS!!!!**

*******ESTO NO ES UN PROGRAMA GARANTIZADO!!!*******

**1-800-233-4480 Línea Gratis de HEAP / 1-844-742-6925 Toll Free Fax
Puede aplicar en línea visitando nuestro sitio web: www.nces.org**

Se requiere la siguiente información para solicitar el Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP):

- El solicitante debe proporcionar una tarjeta de identificación (ID) emitida por el gobierno, que debe incluir una fotografía. Las formas aceptables de identificación son:
 - Tarjeta de identificación (ID) estatal/tribal
 - Licencia de conducir
 - Pasaporte estadounidense o tarjeta de pasaporte
 - Tarjeta de identificación del militar/dependiente militar de EE. UU. (anverso y reverso)
 - Tarjeta de Residente Permanente
 - Certificado de Ciudadanía/Naturalización
 - Documento de Autorización de Empleo

- **Factura de agua:** Necesita la factura de agua del mes actual. La factura debe mostrar un saldo vencido adeudado. Si el agua está incluida en el alquiler, presente **el Acuerdo de propietario/administración** incluido en este paquete.

- **Ingreso:** Indique el ingreso bruto mensual de cada miembro del hogar en la solicitud. Si algún miembro del hogar es un destinatario actual de CAL-Works (asistencia monetaria) o CAL-Fresh (cupones de alimentos), proporcione uno de los siguientes métodos de verificación:
 - Carta de beneficios para el mes/trimestre actual;
 - Impresión de Verificación de Beneficios para el mes actual (anteriormente conocido como Pasaporte a Servicios);
 - Impresión de la entidad del condado (Servicios Sociales) para el mes actual.

Income Guidelines 2023:

1 person	2 persons	3 persons	4 persons	5 persons	6 persons
\$2,700.17	\$3,531.00	\$4,361.83	\$5,192.75	\$6,023.59	\$6,854.43

(Llame si hay más de 6 miembros en el hogar)

Devuelva su solicitud a la dirección que corresponde a su condado:

<u>Lake, Mendocino & Napa Counties:</u>	<u>Lake County:</u>	<u>Solano County:</u>	<u>Sonoma County:</u>	<u>Yolo County:</u>
North Coast Energy Services, Inc. P.O. Box 413 Ukiah CA 95482 (707) 463-0303 (707) 463-0637 Fax	North Coast Energy Services, Inc. 5132 Hill Rd E Lakeport CA 95453 (707) 463-0303 (707) 463-0637 Fax	North Coast Energy Services, Inc. 190 S. Orchard Ave Vacaville CA 95688 (707) 422-3200 (707) 422-3227 Fax	North Coast Energy Services, Inc. 1100 Coddington Ctr Santa Rosa CA 95401 (707) 495-4417 (707) 497-3010	North Coast Energy Services, Inc. 1250 Harter Ave, Ste F Woodland CA 95776 (530) 669-5700 (530) 669-5800

DEBE PROPORCIONAR PRUEBAS DE INGRESOS Y COSTOS DE ENERGÍA ACTUALES CON SU SOLICITUD QUE CUBRAN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. ¡SI NO SE PROPORCIONA SU SOLICITUD SERÁ NEGADA!

¡El comprobante de ingresos y las facturas de energía deben estar fechados dentro de las últimas 6 semanas!

INGRESOS: TIPOS DE INGRESOS Y FORMAS ACEPTABLES DE VERIFICACIÓN

***Tenga en cuenta: la verificación de ingresos debe mostrar el nombre de la persona que recibe los ingresos y las fechas/período cubierto**

- **Salarios/ingresos del trabajo:** copia actual de los talones de pago que cubran un mes completo que muestre el monto bruto antes impuestos O carta del empleador que muestre el nombre de la empresa, dirección, número de teléfono, el monto bruto antes impuestos y período cubierto O Notificación de Acción de Servicios Sociales que muestre el ingreso del trabajo.
- **Pensiones y anualidades:** copia del talón de cheque O estado de cuenta anual del mes/año actual O carta o copia impresa del mes/año en curso O Formulario 1099 (solo aceptable hasta el 15 de febrero del año en curso).
- **Asistencia pública/Asistencia general:** copia impresa actual del "Pasaporte a los servicios" O Aviso de acción actual O verificación del trabajador con el monto del pago y la fecha O verificación de cupones para alimentos indicando la cantidad actual O copia del estado bancario que muestre el depósito directo.
- **SSA/SSI/SSDI/SSP:** copia del cheque de los últimos 30 días O copia del estado bancario (todas las páginas) que muestre depósito directo O carta de beneficio anual fechada para el año en curso O copia impresa de la computadora de la oficina del Seguro Social O carta del beneficiario que muestre la cantidad de los ingresos para el año en curso O Formulario 2458 de la Oficina del Seguro Social O Declaración de HUD O Aviso de acción planificada (SSA-L8155-U2) O Formulario 1099 (Solo aceptable hasta el 15 de febrero del año en curso).
- **Ingresos por Intereses/Dividendos/Regalías:** estado de cuenta actual del banco(s) O copia actual del estado financiero estados de cuenta que muestren depósito directo O copia de cheque(s) actual(es) O Formulario 1099 (Solo aceptable hasta el 15 de febrero del año en curso)
- **Compensación al Trabajador/Incapacidad/Beneficios de Desempleo** – copia del(los) talón(es) de cheque actual O impresión O carta de adjudicación actual.
- **Hijo/Cónyuge/Manutención Individual:** documento judicial O copia del cheque O Declaración firmada de la persona que brinda la manutención O Aviso de acción que muestre la cantidad de la manutención.
- **Beneficios para veteranos:** copia del cheque o talón de cheque O carta de beneficios para el año en curso O carta de verificación de VA O copia del estado de cuenta bancario actual (todas las páginas) que muestre el depósito directo.
- **Trabajo por cuenta propia/ingresos de alquiler:** copia del libro mayor, diario o declaración de pérdidas y ganancias que cubre los pasados 3 meses completados, firmados y fechados, que muestren los totales en bruto de recibos y gastos (enumerados). También necesita el Formulario de impuestos 1040 más reciente (2 páginas), Anexo 1 y Anexo C / Anexo E (para propiedades de alquiler), firmado y fechado. (es decir, los formularios de impuestos de 2019 son válidos hasta el 15 de abril de 2021).
- **Beneficios para sobrevivientes:** copia del cheque actual o talón de cheque O impresión actual O carta de adjudicación actual O estado bancario actual que muestre depósito directo.
- **Otras fuentes de ingresos / Sin verificación de ingresos:** recibos actuales de materiales reciclados; Forma 43B firmada y fechada – Encuesta de Ingresos y Gastos, completamente llenada (ver adjunto).

North Coast Energy Services, Inc.
 Low-Income Household Water Assistance Program
 (LIHWAP)
 P.O. Box 413, Ukiah, CA 95482
 CSD 41 (04/2022)

HEAP Line (800) 233-4480
 Phone (707) 463-0303
 Fax (707) 463-0637
 Toll Free Fax (844) 742-6925

<i>Solo para uso oficial:</i>	
A.C.C.	
Fecha de cert. de elegibilidad	

Agencia: NCES	Iniciales de ingreso:	Fecha de ingreso:	Fecha de cert. de elegibilidad
Nombre	Inicial segundo	Apellido	Fecha de nacimiento MM/DD/AA
DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS – Dirección donde vive (esta <i>no puede</i> ser una casilla postal)			
Dirección de los servicios			Número de unidad
Ciudad de los servicios	Condado de los servicios	Estado de los servicios	Código postal de los servicios
¿Su dirección de los servicios es la misma que la dirección postal?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es dueño o alquila su hogar?..... <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Alquila			
Dirección postal			Número de unidad
Ciudad de envío	Condado de envío	Estado de envío	Código postal de envío
Número del Seguro Social(SSN):	Número de teléfono ()		
Dirección de correo electrónico:			

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Ingrese el número total de personas que viven en el hogar, incluyéndose a usted. →	○	INGRESO Ingrese el número total de personas que reciben ingresos →	○
<i>Información demográfica: Ingrese el número total de personas en el hogar que tengan:</i>		<i>Ingrese el ingreso mensual bruto de todas las personas que viven en el hogar:</i>	
Entre 0 y 2 años		TANF / CalWorks	\$
Entre 3 y 5 años		SSI / SSP	\$
Entre 6 y 18 años		SSA / SSDI	\$
Entre 19 y 59 años		Nómina de pago	\$
60 años o más		Interés	\$
Discapacidad		Pensión	\$
Indoamericana		Otro	\$
Obrero agrícola temporal o migrante		Ingreso Total Mensual	\$

MIEMBROS DEL HOGAR
 A CONTINUACIÓN INGRESE LA INFORMACIÓN DE **TODOS** LOS MIEMBROS DEL HOGAR.
 Si hay más de 7 personas en su hogar, indique la información en un papel aparte.

SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante <i>Usted mismo</i>
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:		

Notified client by: Email Mail Phone on _____ that the application was incomplete. Client to respond by _____ (10 working days)

Received remaining information on _____ NOTIFICATION LETTER TO BE SENT BY _____ (15 working days from receipt)

MIEMBRO DEL HOGAR 2

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 3

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 4

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 5

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 6

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 7

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		

<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:	

¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalFresh (Cupones de Alimentos)? Sí No

¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalWorks (asistencia con dinero en efectivo)? Sí No

¿Usted o alguien de su hogar recibieron asistencia LIHEAP en los últimos 120 días? Sí No

PAGAR FACTURA

¿A qué factura quiere que se aplique el beneficio LIHWAP, lo que incluye los estados de cuenta del impuesto sobre la propiedad (SELECCIONE SOLO UNA)? (Adjunte una copia completa de la factura o el recibo más recientes)

Factura del agua Factura de tratamiento de aguas residuales El agua y el tratamiento de aguas residuales están combinadas en una sola factura

Ingrese la empresa de agua/tratamiento de aguas y el número de cuenta:

Nombre de empresa: _____ Número de cuenta: _____

¿Su servicio público está cortado? Sí No

¿Tiene un aviso de factura vencida o saldo vencido en su factura? Sí No

¿Sus servicios públicos se incluyen en el alquiler o tiene una cuenta con medidor individual? Sí No

La información de esta solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para obtener asistencia. Al firmar, doy mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (socios de CSD) y a mi empresa de servicio público y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de servicio público de mi hogar, además de otras informaciones necesarias para proporcionarme servicios y beneficios, según se describe al final del formulario. Comprendo que si se rechaza mi solicitud de beneficios LIHWAP o si recibo una respuesta tardía o un rendimiento insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito ante el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará a más tardar 15 días después de su recepción. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor local de servicios, puedo apelar ante el Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario, de conformidad con el Título 22 del Código de Reglamentos de California, sección 100805. Declaro, bajo pena de perjuicio, que la información de esta solicitud es verdadera, correcta y los fondos recibidos se utilizarán solamente con el fin de pagar mis gastos de agua y tratamiento de aguas.

X		
	*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***	Fecha

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios y Desarrollo Comunitario (CSD, Community Services and Development). **UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO:** Low Income Household Water Assistance Program (LIHWAP, Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos). **AUTORIDAD:** El Código de Gobierno, sección 12087.2 (b) nombra a CSD como la agencia responsable de administrar LIHWAP. **PROPÓSITO:** La información que proporcione se utilizará para decidir si es elegible para un beneficio LIHWAP. **OTORGAR INFORMACIÓN:** Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información necesaria. **OTRA INFORMACIÓN:** El CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual del Ingreso medio del estado, Nivel federal de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para determinar la elegibilidad en el programa. Es probable que durante el proceso de solicitud, el contratista designado por el CDS tenga que pedirle más información para decidir su elegibilidad. **ACCESO:** El subcontratista designado por el CDS guardará su solicitud llenada y demás información, si se utiliza, para determinar su elegibilidad. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contienen información sobre usted. El CDS no discrimina en la disposición de servicios según raza, creencias religiosas, color, nacionalidad, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

SOLICITANTE: NO RELLENE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.

Beneficio total de LIHWAP \$ _____

Gasto total de agua o tratamiento de aguas (solo costo de agua) \$ _____ **Costo de agua** _____

Servicios de agua restablecido después de un corte: Sí No Se evitó el corte de servicios de agua: Sí No

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA PARA FAMILIAS CON BAJOS INGRESOS (LIHWAP)

ACUERDO DE GESTIÓN/ARRENDADOR

El programa LIHWAP (Low Income Household Water Assistance Program) provee asistencia financiera a familias con bajos ingresos para ayudar a que gestionen los costos de los servicios públicos residenciales de agua potable y aguas residuales. Los fondos federales del LIHWAP son provistos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U. S. Department of Health and Human Services), y el Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitarios de California (California Department of Community Services and Development, CSD) fue designado como agencia de administración para el LIHWAP en California.

El Acuerdo de Gestión/Arrendador es un formulario suplementario para la solicitud del LIHWAP. Este Acuerdo se utiliza para que el arrendador/agente de administración verifiquen: 1) el arrendamiento del solicitante; 2) que los costos de agua potable, aguas residuales y aguas pluviales estén incluidos en la renta del inquilino; y 3) que se adeude el pago de dichos costos. La firma del Agente de Gestión/Arrendador en el Acuerdo de Gestión/Arrendador asegura que el beneficio del LIHWAP se aplique a los próximos servicios públicos del Inquilino incluidos en el pago de la renta.

Nombre del Inquilino			
Dirección del servicio público		Número de la unidad	
Ciudad, estado, código postal			
Teléfono		Correo electrónico	
Cantidad de la renta mensual que cubre los costos de agua potable, aguas residuales y aguas pluviales	\$	Ayuda a cubrir	<input type="checkbox"/> Agua potable únicamente <input type="checkbox"/> Aguas residuales únicamente <input type="checkbox"/> Agua potable y aguas residuales cuando estén combinados en una sola factura en la cuenta del Agente de Gestión/Arrendador
Cantidad de meses adeudados en el alquiler			
Dueño de la propiedad			
Gerente/Agente del alquiler			
Dirección			
Ciudad, estado, código postal			
Teléfono		Correo electrónico	

Homólogos. Este acuerdo puede formalizarse en uno o más homólogos, cada uno de los cuales se considerará como original, pero todos ellos en conjunto constituirán un único instrumento.

Firma electrónica. Tanto el Arrendador/Agente de administración y el Inquilino aceptan el uso de firmas electrónicas en este Acuerdo y en todos los documentos relacionados con este Acuerdo, incluidas las enmiendas a cualquiera de los anteriores. Una firma electrónica tendrá la misma validez y aplicabilidad que una firma manuscrita hasta el máximo permitido por la ley aplicable. El Acuerdo y todo documento relacionado con este Acuerdo ejecutado con firmas electrónicas se considerarán “escritos” o “por escrito” y ejecutados, constituirán un registro escrito original cuando estén impresos y se aceptarán plenamente en cualquier procedimiento legal. A los efectos del presente, “firma electrónica” tendrá el significado establecido en la Ley de Transacciones Electrónicas Uniformes de California (California Uniform Electronic Transactions Act, “UETA”) (Cód. Civil sección 1633.1 - sección 1633.17).

Certificación del Arrendador/Agente de administración: El Arrendador/Agente de administración confirma que el Inquilino indicado arriba ha concretado un contrato de arrendamiento con el Arrendador/Agente de administración y que los gastos de agua potable, aguas residuales o aguas pluviales están incluidos en la renta. El Arrendador/Agente de administración acuerda aceptar un pago reducido de la renta de parte del Inquilino por la cantidad del beneficio del LIHWAP que será aplicado a la renta mensual actual o subsiguiente del Inquilino dentro de los 45 días posteriores a la confirmación de que el beneficio LIHWAP se haya aplicado a la cuenta de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración. El Arrendador/Agente de administración acepta la divulgación de la información de la cuenta de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración y la copia de la factura actual de servicios públicos ante el Departamento de Desarrollo y Servicios Comunitarios de California (California Department of Community Services and Development, CSD) y a sus agentes autorizados, incluido HORNE LLP, con fines de procesamiento del beneficio LIHWAP. El CSD y sus agentes autorizados restringirán los usos y divulgaciones de esta información al mínimo necesario para procesar los beneficios LIHWAP.

Firma del Arrendador o Agente de administración

Fecha

Certificación del Inquilino: Certifico que soy un inquilino mencionado en el acuerdo de alquiler con el Arrendador/Agente de administración. Entiendo que el Arrendador/Agente de administración acepta un pago reducido de la renta si mi solicitud para el LIHWAP es aprobada y si se emite un pago correspondiente a la compañía de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración por los gastos de agua potable, aguas residuales o aguas pluviales de mi grupo familiar. Entiendo que CSD, o sus agentes autorizados, notifiquen al Arrendador/Agente de administración cuando se acredite el beneficio del LIHWAP en la cuenta de servicios públicos del Arrendador/Agente de administración, y acepto la divulgación de esta información con fines de procesamiento de mis beneficios del LIHWAP. Entiendo que tengo derecho a recibir protecciones para el inquilino, que podrían incluir un juicio civil en un tribunal de pequeñas demandas por incumplimiento del contrato, si el Arrendador/Agente de administración no cumple con los términos del Acuerdo de Gestión/Arrendador.

Firma del Inquilino

Fecha

Cualquier persona mayor de 18 años sin ingresos tienen que llenar este formulario por completo, de firma y fecha en la parte inferior. También use esta forma para ninguna otra explicación de su situación de ingresos.

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?					
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 TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		PAGOS DE ANUALIDADES	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE CASINO	LOS INGRESOS POR ALQUILER
					BENEFICIOS DE SEGURO

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