**Department of Community Services and Development**

**Energy Intake Form**

**CSD 43 (Rev. 10/04)**

| 0 | 5 | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Priority Points | | | | | | | A.C.C. | | | | | | | |

| Utility Assistance: | Weatherization: |
|---|---|
| ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ Supplement _____ | ☐ DOE ☐ LIHEAP WX ☐ ECIP HCS |

| **Agency:** | **Intake Initials:** | **Intake Date:** |
|---|---|---|

| First Name | Middle Initial | Last Name | |
|---|---|---|---|
| Mailing Address | | | Unit Number |
| Mailing City | Mailing County | Mailing State | Mailing ZIP Code |
| Service Address (Do not use P.O. Box.) | | | Unit Number |
| Service City | Service County | Service State **CA** | Service ZIP Code |

| Social Security Number | Telephone Number ☐ Message | |
|---|---|---|
| | ( ) | _____ Total number of persons living in household, including applicant. |

**You may also be eligible for a discount on your monthly energy cost for each utility company's reduced rate program.**

| Which utility company do you wish to be paid? | Energy Cost |
|---|---|
| Account Number | Energy Burden % |
| Name of Customer on Utility Bill | |

☐ Check here if utilities are included in rent or if sub-metered.

Enter total ***gross*** monthly income for all persons living in the household:

| | |
|---|---|
| TANF | $ _____ |
| SSI/SSP | $ _____ |
| SSA | $ _____ |
| Paycheck(s) | $ _____ |
| Interest | $ _____ |
| Pension | $ _____ |
| Other | $ _____ |
| TOTAL | $ _____ |

**For Official Use Only**
**Weatherization Assessment**

☐ **Type of Dwelling**
1 SFD-Owner (1-4 attached units) _____
2 SFD-Rental (1-4 attached units) _____
3 MFD-Owner (5 or more units) _____
4 MFD-Rental (5 or more units) _____
5 Mobile Home-Owner
6 Mobile Home-Rental
7 Shelter # _____ Residents/Units
8 Unoccupied Dwelling(s) _____

☐ **Type of Cooling**
1 Window/Wall
2 Central
3 Evap. Cooler
4 Fan(s)
5 Portable Device
6 None
7 Other: _____

☐ **Heating Fuel**
1 Electric
2 Natural Gas
3 Wood
4 Propane
5 Fuel Oil
6 Kerosene
7 None
8 Other: _____

☐ **Type of Water Heater**
1 Gas
2 Electric
3 Other: _____

☐ **Type of Range**
1 Gas
2 Electric
3 Other: _____

**Heating Type**
☐ No Primary Heating
☐ Window/Wall
☐ Portable Device
☐ Fau
☐ Other: _____

**Demographics**

Enter the number of persons in your household who are:

| | |
|---|---|
| 1 2 years or under | _____ |
| 2 Ages 3 to 5 | _____ |
| 3 Ages 6 to 18 | _____ |
| 4 Elderly (60 years or older) | _____ |
| 5 Disabled | _____ |
| 6 Migrant Farmworker | _____ |
| 7 Native American | _____ |
| 8 Limited-English Speaking | _____ |
| 9 Seasonal Farmworker | _____ |

**Other**
☐ HUD Unit
☐ Built Pre-1979
☐ Lead-Free Cert
☐ Non Applicable

☐ Agency Defined 1
☐ Agency Defined 2
☐ Agency Defined 3
☐ Agency Defined 4

☐ House Weatherized ☐ Referred for Weatherization ☐ Referred for RRP ☐ Referred for ECIP HCS

The information on this application will be used to determine and verify my eligibility for assistance. My signature gives consent for this information to be shared with other offices of the state and federal governments, their designated subcontractors, my utility company(ies), and for my utility company(ies) to share information with other offices of the state and federal governments. I understand that for LIHEAP, I may request a hearing to appeal denial of eligibility or delay in service delivery (over 90 days from receipt of application). 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.

| Applicant's Signature | Date | Witness' 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 the Reduce Rate Program. 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.

**Department of Community Services and Development**

**Energy Intake Form**

**CSD 43 (Rev. 10/04)** ***Shaded Areas For Official Use Only***

| 0 | 5 | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Priority Points | | | | | | | A.C.C. | | | | | | | |

Utility Assistance: ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ Supplement _____

Weatherization: ☐ DOE ☐ LIHEAP WX ☐ ECIP HCS

| **Agency:** | **Intake Initials:** | **Intake Date:** |
|---|---|---|

| First Name | Middle Initial | Last Name | |
|---|---|---|---|
| Mailing Address | | | Unit Number |
| Mailing City | Mailing County | Mailing State | Mailing ZIP Code |
| Service Address (Do not use P.O. Box.) | | | Unit Number |
| Service City | Service County | Service State **CA** | Service ZIP Code |

| Social Security Number | Telephone Number ☐ Message | |
|---|---|---|
| | ( ) | _____ Total number of persons living in household, including applicant. |

**You may also be eligible for a discount on your monthly energy cost for each utility company's reduced rate program.**

| Which utility company do you wish to be paid? | Energy Cost |
|---|---|
| Account Number | Energy Burden % |
| Name of Customer on Utility Bill | |

☐ Check here if utilities are included in rent or if sub-metered.

Enter total ***gross*** monthly income for all persons living in the household:

| | |
|---|---|
| TANF | $ _____ |
| SSI/SSP | $ _____ |
| SSA | $ _____ |
| Paycheck(s) | $ _____ |
| Interest | $ _____ |
| Pension | $ _____ |
| Other | $ _____ |
| TOTAL | $ _____ |

**For Official Use Only**
**Weatherization Assessment**

☐ **Type of Dwelling**
1 SFD-Owner (1-4 attached units) _____
2 SFD-Rental (1-4 attached units) _____
3 MFD-Owner (5 or more units) _____
4 MFD-Rental (5 or more units) _____
5 Mobile Home-Owner
6 Mobile Home-Rental
7 Shelter # Residents/Units _____
8 Unoccupied Dwelling(s) _____

☐ **Type of Cooling**
1 Window/Wall
2 Central
3 Evap. Cooler
4 Fan(s)
5 Portable Device
6 None
7 Other: _____

☐ **Heating Fuel**
1 Electric
2 Natural gas
3 Wood
4 Propane
5 Fuel Oil
6 Kerosene
7 None
8 Other: _____

☐ **Type of Water Heater**
1 Gas
2 Electric
3 Other: _____

☐ **Type of Range**
1 Gas
2 Electric
3 Other: _____

**Heating Type**
☐ No Primary Heating
☐ Window/Wall
☐ Portable Device
☐ Fau
☐ Other _____

**Demographics**

Enter the number of persons in your household who are:

| | |
|---|---|
| 1 2 years or under | _____ |
| 2 Ages 3 to 5 | _____ |
| 3 Ages 6 to 18 | _____ |
| 4 Elderly (60 years or older) | _____ |
| 5 Disabled | _____ |
| 6 Migrant Farmworker | _____ |
| 7 Native American | _____ |
| 8 Limited-English Speaking | _____ |
| 9 Seasonal Farmworker | _____ |

**Other**
☐ HUD Unit
☐ Built Pre-1979
☐ Lead-Free Cert
☐ Non Applicable

☐ Agency Defined 1
☐ Agency Defined 2
☐ Agency Defined 3
☐ Agency Defined 4

☐ House Weatherized ☐ Referred for Weatherization ☐ Referred for RRP ☐ Referred for ECIP HCS

The information on this application will be used to determine and verify my eligibility for assistance. My signature gives consent for this information to be shared with other offices of the state and federal governments, their designated subcontractors, my utility company(ies), and for my utility company(ies) to share information with other offices of the state and federal governments. I understand that for LIHEAP, I may request a hearing to appeal denial of eligibility or delay in service delivery (over 90 days from receipt of application). 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.

| Applicant's Signature | Date | Witness' 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 the Reduce Rate Program. 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.

**Department of Community Services and Development**

**Energy Intake Form**

**CSD 43 (Rev.10/04)**

| 0 | 5 | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Priority Points | | | | | | | A.C.C. | | | | | | | |

Utility Assistance: ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ Supplement _____

Weatherization: ☐ DOE ☐ LIHEAP WX ☐ ECIP HCS

**Agency:** **Intake Initials:** **Intake Date:**

| Nombre | Inicial | Apellido | |
|---|---|---|---|
| Domicilio Postal | | | Número de Unidad |
| Ciudad (de su domicilio postal) | Condado | Estado | Código Postal |
| Domicilio en que se recibe el servicio de energía (No use Apartado Postal - P.O. Box.) | | | Número de Unidad |
| Ciudad (en que se recibe el servicio) | Condado | Estado CA | Código Postal |

Número de Seguro Social

Número de Teléfono ☐ Mensaje

( )

_____ Incluyendo al solicitante, escriba el número de personas que viven en su hogar.

**Usted también puede ser elegible para recibir descuentos mensuales en costos de energías con otras compañías que ofrecen programas de tarifas reducidas.**

| ¿Cuál compañía de servicios de energía le gustaría que se pagara? | Energy Cost |
|---|---|
| Número de Cuenta | Energy Burden % |
| Nombre del Cliente (como aparece en la factura) | |

☐ Marque aquí si el pago de energía está incluido en la renta o si el servicio de energía es sub-medido.

Escriba el total del ingreso mensual, en bruto, de todas las personas que viven en su hogar:

| | |
|---|---|
| TANF | $ _____ |
| SSI/SSP | $ _____ |
| SSA | $ _____ |
| Sueldo(s) | $ _____ |
| Interés | $ _____ |
| Pensión | $ _____ |
| Otros Ingresos | $ _____ |
| TOTAL | $ _____ |

**For Official Use Only**
**Weatherization Assessment**

☐ **Type of Dwelling**
1 SFD-Owner (1-4 attached units) _____
2 SFD-Rental (1-4 attached units) _____
3 MFD-Owner (5 or more units) _____
4 MFD-Rental (5 or more units) _____
5 Mobile Home-Owner
6 Mobile Home-Rental
7 Shelter # _____ Residents/Units
8 Unoccupied Dwelling(s) _____

☐ **Type of Cooling**
1 Window/Wall
2 Central
3 Evap. Cooler
4 Fan(s)
5 Portable Device
6 None
7 Other: _____

☐ **Heating Fuel**
1 Electric
2 Natural Gas
3 Wood
4 Propane
5 Fuel Oil
6 Kerosene
7 Other: _____
8 None

☐ **Type of Water Heater**
1 Gas
2 Electric
3 Other: _____

☐ **Type of Range**
1 Gas
2 Electric
3 Other: _____

**Heating Type**
☐ No Primary Heating
☐ Window/Wall
☐ Portable Device
☐ Fau
☐ Other: _____

**Información Demografica**

Escriba el número de personas en su hogar que son:

| | |
|---|---|
| 1 De 2 años o menores | _____ |
| 2 De 3 años a 5 años | _____ |
| 3 De 6 años a 18 años | _____ |
| 4 De 60 años o mayores | _____ |
| 5 Incapacitados | _____ |
| 6 Campesinos Migratorios | _____ |
| 7 Americanos Nativos | _____ |
| 8 Personas con Inglés Limitado | _____ |
| 9 Campesinos Temporales | _____ |

**Other**
☐ HUD Unit
☐ Built Pre-1979
☐ Lead-Free Cert
☐ Non Applicable

☐ Agency Defined 1
☐ Agency Defined 2
☐ Agency Defined 3
☐ Agency Defined 4

☐ House Weatherized ☐ Referred for Weatherization ☐ Referred for RRP ☐ Referred for ECIP HCS

La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda. Con mi firma doy authorizacion para que esta información sea compartida con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal, subscontratistas designados por ellos, con la(s) compañía(s), que me ofrece(n) servicio(s) de energía y para que la(s) compañía(s) que me ofrece(n) servicio(s) de energía comparta(n) información con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal. Entiendo que en el programa de LIHEAP, puedo solicitar una audiencia para apelar en caso de que se me niegue elegibilidad o por retraso en la distribución del servicio (más de 90 días después de ser recibida la solicitud). En caso de ser elegible, doy permiso para la instalación de material aislante en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es correcta y verdadera, y que los fondos recibidos serán usados unicamente con el objetivo de pagar mis gastos de consumo de energía.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____ Firma del Testigo (si firmó con una X) _____

Declaracion de Confidencialidad/Informacion Adicional

NOMBRE DE LA AGENCIA: Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO: Programa de Ayuda para la Energía del Hogar (HEAP). AUTORIDAD: El código gubernamental, Sección 16367.6 (a) designa a CSD como la agencia responsable de la administración de HEAP. OBJETIVO: La información que proporcione se usará para determinar si usted reune los requisitos para recibir el pago de LIHEAP, y/o el Programa de Tarifas Reducidas. PROPORCIONANDO INFORMACION: La participación en este programa es voluntaria. Si decide solicitar esta ayuda, debe proporcionar toda la información requerida. INFORMACION ADICIONAL: CSD utiliza definiciones estadísticas de la autualización anual de las Pautas de Ingresos Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la aceptación de una persona en los programas. Durante el trámite de su solicitud, es posible que el subcontratista designado por CSD necesite pedirle información adicional para determinar si se le puede aceptar en estos u otros programas. ACCESO: El subcontratista designado por CSD se quedará con su solicitud, y otra información, si se usó para determinar su eligibilidad. Usted tiene derecho de acceso a todos los expedientes que contengan información sobre usted. CSD no discrimina en los servicios que ofrece debido a raza, religión, credo, color, origen de nacionalidad, incapacidad física, incapacidad mental, condición médica, estado marital, sexo, edad, u orientación sexual.

**Department of Community Services and Development**

**Energy Intake Form**

**CSD 43 (Rev.10/04)** ***Shaded Areas For Official Use Only***

| 0 | 5 | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Priority Points | | | | | | | A.C.C. | | | | | | | |

Utility Assistance: ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ Supplement _____

Weatherization: ☐ DOE ☐ LIHEAP WX ☐ ECIP HCS

**Agency:** **Intake Initials:** **Intake Date:**

| Nombre | Inicial | Apellido | |
|---|---|---|---|
| Domicilio Postal | | | Número de Unidad |
| Ciudad (de su domicilio postal) | Condado | Estado | Código Postal |
| Domicilio en que se recibe el servicio de energía (No use Apartado Postal - P.O. Box.) | | | Número de Unidad |
| Ciudad (en que se recibe el servicio) | Condado | Estado CA | Código Postal |

Número de Seguro Social

Número de Teléfono ☐ Mensaje

( )

_____ Incluyendo al solicitante, escriba el número de personas que viven en su hogar.

**Usted también puede ser elegible para recibir descuentos mensuales en costos de energías con otras compañías que ofrecen programas de tarifas reducidas.**

¿Cuál compañía de servicios de energía le gustaría que se pagara?

Energy Cost

Número de Cuenta

Energy Burden %

Nombre del Cliente (como aparece en la factura)

☐ Marque aquí si el pago de energía está incluido en la renta o si el servicio de energía es sub-medido.

Escriba el total del ingreso mensual, en bruto, de todas las personas que viven en su hogar:

| | | |
|---|---|---|
| TANF | $ | _____ |
| SSI/SSP | $ | _____ |
| SSA | $ | _____ |
| Sueldo(s) | $ | _____ |
| Interés | $ | _____ |
| Pensión | $ | _____ |
| Otros Ingresos | $ | _____ |
| TOTAL | $ | _____ |

**For Official Use Only**
**Weatherization Assessment**

☐ **Type of Dwelling**
1 SFD-Owner (1-4 attached units) _____
2 SFD-Rental (1-4 attached units) _____
3 MFD-Owner (5 or more units) _____
4 MFD-Rental (5 or more units) _____
5 Mobile Home-Owner
6 Mobile Home-Rental
7 Shelter # _____ Residents/Units
8 Unoccupied Dwelling(s) _____

☐ **Type of Cooling**
1 Window/Wall
2 Central
3 Evap. Cooler
4 Fan(s)
5 Portable Device
6 None
7 Other: _____

☐ **Heating Fuel**
1 Electric
2 Natural Gas
3 Wood
4 Propane
5 Fuel Oil
6 Kerosene
7 Other: _____
8 None

☐ **Type of Water Heater**
1 Gas
2 Electric
3 Other: _____

☐ **Type of Range**
1 Gas
2 Electric
3 Other: _____

**Heating Type**
☐ No Primary Heating
☐ Window/Wall
☐ Portable Device
☐ Fau
☐ Other: _____

**Información Demografica**

Escriba el número de personas en su hogar que son:

| | |
|---|---|
| 1 De 2 años o menores | _____ |
| 2 De 3 años a 5 años | _____ |
| 3 De 6 años a 18 años | _____ |
| 4 De 60 años o mayores | _____ |
| 5 Incapacitados | _____ |
| 6 Campesinos Migratorios | _____ |
| 7 Americanos Nativos | _____ |
| 8 Personas con Inglés Limitado | _____ |
| 9 Campesinos Temporales | _____ |

**Other**
☐ HUD Unit
☐ Built Pre-1979
☐ Lead-Free Cert
☐ Non Applicable

☐ Agency Defined 1
☐ Agency Defined 2
☐ Agency Defined 3
☐ Agency Defined 4

☐ House Weatherized ☐ Referred for Weatherization ☐ Referred for RRP ☐ Referred for ECIP HCS

La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda. Con mi firma doy authorizacion para que esta información sea compartida con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal, subscontratistas designados por ellos, con la(s) compañía(s), que me ofrece(n) servicio(s) de energía y para que la(s) compañía(s) que me ofrece(n) servicio(s) de energía comparta(n) información con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal. Entiendo que en el programa de LIHEAP, puedo solicitar una audiencia para apelar en caso de que se me niegue elegibilidad o por retraso en la distribución del servicio (más de 90 días después de ser recibida la solicitud). En caso de ser elegible, doy permiso para la instalación de material aislante en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es correcta y verdadera, y que los fondos recibidos serán usados unicamente con el objetivo de pagar mis gastos de consumo de energía.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____ Firma del Testigo (si firmó con una X) _____

Declaracion de Confidencialidad/Informacion Adicional

NOMBRE DE LA AGENCIA: Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO: Programa de Ayuda para la Energía del Hogar (HEAP). AUTORIDAD: El código gubernamental, Sección 16367.6 (a) designa a CSD como la agencia responsable de la administración de HEAP. OBJETIVO: La información que proporcione se usará para determinar si usted reune los requisitos para recibir el pago de LIHEAP, y/o el Programa de Tarifas Reducidas. PROPORCIONANDO INFORMACION: La participación en este programa es voluntaria. Si decide solicitar esta ayuda, debe proporcionar toda la información requerida. INFORMACION ADICIONAL: CSD utiliza definiciones estadísticas de la autualización anual de las Pautas de Ingresos Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la aceptación de una persona en los programas. Durante el trámite de su solicitud, es posible que el subcontratista designado por CSD necesite pedirle información adicional para determinar si se le puede aceptar en estos u otros programas. ACCESO: El subcontratista designado por CSD se quedará con su solicitud, y otra información, si se usó para determinar su eligibilidad. Usted tiene derecho de acceso a todos los expedientes que contengan información sobre usted. CSD no discrimina en los servicios que ofrece debido a raza, religión, credo, color, origen de nacionalidad, incapacidad física, incapacidad mental, condición médica, estado marital, sexo, edad, u orientación sexual.