COMM
UNITY
ACTION
MARIN

LOW-INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (HEAP)

Community Action Marin – Oficina 7665 Redwood Blvd, Novato, CA 94945

Teléfono: 415-526-7550 | **Correo Electrónico:** liheap@camarin.org

Descripción del Programa

El Programa de Asistencia para Energía del Hogar (LIHEAP, por sus siglas en inglés) brinda asistencia para el pago de los costos de gas, electricidad, leña y propano a hogares de bajos ingresos que cumplen con los requisitos en el condado de Marin.

Elegibilidad: Límites de Ingresos Mensuales

Usted puede calificar para el programa HEAP si el ingreso bruto mensual de su hogar es menor a:

1 Person	2 Persons	3 Persons	4 Persons	5 Persons	6 Persons	7 Persons	8 Persons
$3,331.66	$4,356.83	$5,382.00	$6,407.16	$7,432.25	$8,457.41	$8,649.66	$8,841.83

Instrucciones Importantes

- **Frecuencia de Solicitud**: Los solicitantes pueden recibir HEAP **una vez al año.**
- **Tiempo de Procesamiento:** El período de procesamiento es de 8 a 10 semanas antes de que el crédito sea aplicado. **NO DEJE DE PAGAR SU FACTURA.**
- **Envío de Documentos: NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES,** ya que no serán devueltos.
- **Prioridad:** Las solicitudes se atienden conforme a un plan establecido por el estado debido a fondos limitados. Las actualizaciones pueden tardar hasta 7 días hábiles.
- **Solicitudes Incompletas:** Las solicitudes sin la documentación requerida no serán aceptadas.

Documentos Requeridos: Factura de Servicios Públicos

Envíe una copia de su factura de energía más **RECIENTE (de los últimos 30 días).** La factura debe mostrar el nombre de facturación, la dirección del servicio (no se aceptan apartados postales), el número de cuenta y al menos 29 días de servicio. Envíe cualquier aviso (por ejemplo, de corte de servicio) si los tiene.

Si tiene:	Envíe COPIAS De:
Cuenta de servicios públicos	Todas las páginas de la factura más reciente y aviso de corte si aplica.
Cuenta de leña o gas propano	Estado de cuenta o factura más reciente. Los solicitantes de propano en botes deben incluir el número de muelle y la conexión de servicios públicos.
Servicios submedidos	Recibo de renta más reciente que indique los costos de gas y electricidad.
Servicios incluidos en la renta	Carta del arrendador indicando la parte de la renta destinada a energía o Formulario de Certificación.

COMM
UNITY
ACTION
MARIN

Documentos Requeridos: Ingresos

Debe enviar copias de los documentos de ingresos de los **ÚLTIMOS 30 DÍAS de TODOS** los adultos en el hogar que reciban ingresos o asistencia. Los adultos sin ingresos deben presentar una declaración por escrito explicando cómo se sostienen.

Fuente de Ingresos	Prueba Requerida (copias)
Salarios/Ingresos por Trabajo	Talonarios de pago actuales de un mes completo (últimos 4 si es semanal; últimos 2 si es quincenal) o carta/informe del empleador.
SSI/SSP/SSA	Cheque actual, estado de cuenta bancario mostrando depósito directo o carta anual de beneficios
Pensiones/Anualidades	Cheque actual, verificación de pensión, o estado de cuenta mensual/anual.
General Assistance/ CalWorks/TANF	Aviso de Acción, Passport to Services, resumen de ayuda o carta de adjudicación de CalFresh.
Workers Comp/ Disability/UI	Cheque/talonario actual, carta de adjudicación o estado de cuenta bancario.
Manutención de Hijos o Cónyuge	Documento judicial, cheque actual, declaración firmada del proveedor o aviso de acción.
Beneficios de Veteranos	Cheque actual, carta de beneficios, verificación del VA o estado de cuenta bancario.
Trabajo por Cuenta Propia	Libro de cuentas/registro, declaración firmada mostrando ingresos brutos/netos (43B), o formulario 1040.
Other (Odd Jobs)	Written statement with dollar amounts and dates; receipts for recycled materials. (43B)

Para los solicitantes sin ingresos, se debe completar y firmar el Formulario 43B (Certificación de Ingresos y Gastos).

Todos los solicitantes deben presentar una identificación emitida por el gobierno.

La aceptación al programa no está garantizada.

Privacy Notification

In accordance with the Information Practices Act of 1977 and the Federal Privacy Act of 1974, applicants must provide their name, address, Social Security number, and income to determine eligibility. Failure to provide this information will prevent application processing. Information may be shared with state and federal agencies administering LIHEAP. For questions regarding personal information maintenance, contact CSD at 916-576-7109.

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo
Formulario de admisión de energía
CSD 43 (05/2025)

Solo para uso oficial:	
Puntos prioritarios	
A.C.C.	
Fecha del certificado de elegibilidad	

Agencia: Iniciales de admisión: Fecha de admisión:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento *DD/MM/AA*

DIRECCIÓN DE SERVICIO: dirección en la que vive (*no puede* ser un apartado postal)

Dirección de servicio			Número de unidad
Ciudad	**Condado**	**Estado**	**Código postal**

¿Ha vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses? ..... ☐ Sí ☐ No
¿Es su dirección de servicio la misma que la dirección postal? ..... ☐ Sí ☐ No
¿Es propietario o alquila su vivienda? ..... ☐ Propiedad ☐ Alquiler

Dirección postal de envío			Número de unidad
Ciudad de envío	**Condado de envío**	**Estado de envío**	**Código postal de envío**

Número de Seguridad Social (SSN): | | | | | | | | | | | | Teléfono residencial ( )

Teléfono móvil ( ) ¿Acepta recibir mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico:

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR
Indique el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted mismo. →

INGRESOS
Indique el número total de personas que reciben ingresos →

Demografía: Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen:		*Indique el total de ingresos **brutos** mensuales de **todas** las personas que viven en el hogar:*	
De 0 a 2 años		TANF / CalWORKs	$
De 3 a 5 años		SSI / SSP	$
De 6 a 18 años		SSA / SSDI	$
De 19 a 59 años		Cheques de pago	$
Mayores de 60 años		Interés	$
Discapacitados		Pensión	$
Indígena americano		Otros	$
Trabajador agrícola temporero o migrante		**Total de ingresos mensuales**	**$**

MIEMBROS DEL HOGAR

INDIQUE A CONTINUACIÓN LOS DATOS DE **TODOS** LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

Si en su hogar viven más de 6 personas, indique la información en una hoja de papel aparte.

SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante *Usted mismo*
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

¿Ha prestado servicio o es un familiar directo de alguien que sirvió en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí, he prestado servicio ☐ Sí, soy el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que sirvió en el ejército de los Estados Unidos ☐ No ☐ Se niega a declarar	Doy mi consentimiento para que esta agencia y CSD transmitan mi nombre, correo electrónico, dirección postal y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos únicamente con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos a los que yo o un miembro de mi familia podamos ser elegibles. Entiendo que este consentimiento es válido durante 12 meses. ☐ Sí ☐ No

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

MIEMBRO DEL HOGAR 2

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

MIEMBRO DEL HOGAR 3

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

MIEMBRO DEL HOGAR 4

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

MIEMBRO DEL HOGAR 5

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante

Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar	¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

MIEMBRO DEL HOGAR 6

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante

Fecha de nacimiento: Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido/Se niega a declarar	Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otros ☐ Desconocido/Se niega a declarar	¿Hispano/latino/español? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido/Se niega a declarar

Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:

¿Usted o alguien de su hogar recibe ACTUALMENTE CalFresh (cupones de alimentos)? ☐ Sí ☐ No

FACTURA DE PAGO

¿A qué factura energética (ELEGIR SOLO UNA) desea que se aplique el beneficio de LIHEAP? (Adjunte copia completa de la factura o recibo más reciente)

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

Introduzca la compañía energética y el número de cuenta:

Nombre de la compañía: _____ Número de cuenta: _____

¿Le han cortado el servicio público? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene algún aviso de morosidad? ☐ Sí ☐ No

¿Están los servicios públicos incluidos en el alquiler o están subcontratados? ☐ Sí ☐ No

¿Todos sus servicios son eléctricos? ☐ Sí ☐ No

¿Es su compañía de gas natural la misma que su compañía eléctrica? ☐ Sí ☐ No

SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)

¿Se ha quedado sin combustible? (Madera, propano, petróleo, queroseno, otros combustibles) ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Indique el número aproximado de días que faltan para que se le acabe el combustible (madera, propano, petróleo, queroseno, otros combustibles).

Número de días: _____ ☐ No aplica

INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA

Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS.** Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su vivienda.
Deberá presentar una copia de **todas** las facturas o recibos recientes de cualquier gasto energético doméstico.
NOTA: Debe incluir la copia de una factura de luz aunque no utilice electricidad para calentar su vivienda.

¿Cuál es el principal combustible utilizado para CALENTAR su vivienda? DEBE marcar una fuente de calefacción principal.

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

Además de su fuente de calefacción principal, ¿utiliza alguna de las siguientes para calentar su casa (puede seleccionar más de una):

☐ Gas natural ☐ Electricidad ☐ Madera ☐ Propano ☐ Aceite combustible ☐ Queroseno ☐ Leña fabricada ☐ Pellets
☐ Otros combustibles ☐ N/A

¿Es usted el titular de la cuenta?: Factura de luz ☐ SÍ ☐ No **Factura del gas natural** ☐ Sí ☐ No

La información que aparece en esta solicitud se utilizará para determinar y verificar si cumplo los requisitos para recibir ayuda. Firmando a continuación, doy mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (Socios de CSD) y a mi compañía de servicios públicos y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de servicios públicos de mi hogar, el uso de energía u otra información necesaria para proporcionarme servicios y beneficios según se describe al final del formulario. Mi consentimiento será efectivo durante el periodo comprendido entre los 24 meses anteriores y los 36 meses posteriores a la fecha firmada a continuación. Entiendo que si mi solicitud de beneficios o servicios de LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta inoportuna o un desempeño insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito con el proveedor local de servicios y mi apelación se revisará dentro de los 15 días siguientes a su recepción. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor local de servicios, puedo apelar al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo de conformidad con el Título 22, sección 100805 del Código de Reglamentos de California. Si procede, por el presente autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que figura en esta solicitud es verdadera, correcta y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para pagar mis gastos de energía.

X		
	*** * * FIRMA DEL SOLICITANTE * * ***	Fecha

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de asistencia de energía en el hogar (HEAP). AUTORIDAD: La Sección 16367.6 (a) del Código Gubernamental nombra al CSD organismo responsable de la gestión del HEAP. OBJETIVO: La información que indique se utilizará para decidir si usted cumple los requisitos para recibir un pago de LIHEAP o servicios de climatización. ENTREGA DE INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar ayuda, debe facilitar toda la información requerida. OTRA INFORMACIÓN: El CSD utiliza las definiciones estadísticas de la actualización anual de las Guías de Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la admisión al programa. Durante la tramitación de la solicitud, es posible que el subcontratista designado por el CSD tenga que pedirle más información para decidir si cumple los requisitos para uno o ambos programas. ACCESO: El subcontratista designado por el CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, si se utiliza, para determinar su admisión. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. El CSD no discrimina en la prestación de servicios por motivos de raza, credo religioso, color, origen nacional, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

SOLICITANTE: NO COMPLETE LA INFORMACIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.

Programa de ayuda a los servicios públicos → ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ HEAP WPO ☐ ECIP WPO

Beneficio básico $_____ Complemento $_____ Beneficio total $_____

Costo total de energía $_____ Carga energética _____

Servicios energéticos restablecidos tras la desconexión: ☐ Sí ☐ No

Se impide la desconexión de los servicios energéticos: ☐ Sí ☐ No

Hogar remitido para climatización: ☐ Hogar ya climatizado: ☐