

Solicitud de Asistencia para Energía y Climatización 2026

Lista de Comprobación de Documentación Requerida

Utilice solo tinta azul o negra. No utilice corrector líquido. Asegúrese de completar, firmar y colocar la fecha en todos los formularios.

Elementos requeridos que se incluyen en el paquete de solicitud:

- CSD 43 — Formulario de Consumo de Energía**
- Autocertificación de Discapacidad:** Se requiere para todos los hogares con una persona discapacitada.
- CSD 81 — Formulario de Autorización y Consentimiento del Titular de la Cuenta (Servicios Públicos)**
- Formulario de uso de combustible/queroseno/propano o una factura con fecha dentro de los últimos 30 días**
- Formulario de Uso de Leña/Briquetas:** Requerido para todos los hogares con una fuente de calor a leña o briqueta.
- CalFresh/CalWORKS:** Si una persona de su hogar recibe beneficios de CalFresh/CalWORKS, debe proporcionar una copia actual de su Verificación de Beneficios. Si no cuenta con una copia actual, complete el formulario de pedido que se incluye y envíelo junto con su solicitud.
- Solicitud de Great Northern Services para Asistencia para Energía y Climatización.**
- Acuse de Recibo de Información y Educación sobre Asistencia para Energía y Climatización**
- Formulario de Detalles de la Vivienda**

Elementos requeridos que no se incluyen en el paquete de solicitud:

- Identificación emitida por el gobierno** — Los solicitantes deben proporcionar una prueba de identificación emitida por el gobierno para recibir asistencia. Consulte el paquete de instrucciones para conocer los formularios aceptables.
- Ingresos cuando una persona de su hogar recibe CalFresh/CalWORKS:** Su hogar se considera elegible de forma categórica según los ingresos y usted debe autoinformar de forma exacta el ingreso mensual bruto de todos los miembros del hogar en el Formulario de Consumo de Energía CSD 43.
- Documentación de ingresos requerida si no es elegible de forma categórica:** Debe proporcionar documentación aceptable de todas las fuentes de ingresos de los últimos 30 días de cada miembro del hogar. Todos los miembros del hogar mayores de 18 años que **no tengan un ingreso** deben completar, firmar y fechar una copia de la **Certificación de Ingresos y Gastos**. (Los miembros del hogar que aún están en la escuela secundaria están exentos de este requisito; incluya una nota de su situación.)
- Factura de Pacific Power:** Copia de toda su factura de Pacific Power con fecha dentro de los últimos 30 días. **Si la factura de electricidad no está a nombre del solicitante**, el titular de la cuenta debe completar el Formulario de Autorización del Titular de la Cuenta (CSD 081, incluido aquí).

- Complete y envíe toda la documentación solicitada anteriormente. Las omisiones pueden ocasionar la denegación de la asistencia.
- Para recibir asistencia para completar la solicitud, llame al 530-938-4115 **ext. 120** o envíe un mensaje de texto al 530-938-4115.
- Envíe su solicitud por Internet o envíe por correo **TODAS** las páginas del paquete de solicitud con su documentación a:

Great Northern Services – ATTN: Energy
310 Boles St.
Weed, CA 96094

- Las solicitudes se procesan de acuerdo con un sistema de puntos obligatorio del estado de California, se pueden aplicar umbrales de puntos mínimos, y no todos los hogares que califican recibirán asistencia.
- Recibirá una notificación cuando recibamos su solicitud. Si se le puede brindar asistencia, recibirá una notificación por correo de los Estados Unidos. **Debido al volumen de solicitudes que recibimos, puede llevar varios meses procesar su solicitud.**

Estado de California

Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitarios

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 (<i>no puede ser un apartado postal</i>)			
Dirección de servicio			Número de unidad
Ciudad	País	Estado	Código postal
¿Ha vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es su dirección de servicio la misma que la dirección postal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es propietario o alquila su vivienda? <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección de correo electrónico:			
PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Introduzca el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted		INGRESOS Indique el número total de personas que perciben ingresos	
Demografía: Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen:		Introduzca 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

INTRODUZCA 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 <i>Usted mismo</i>
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 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?			Doy mi consentimiento para que esta agencia y CSD transmitan mi nombre, dirección de 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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí, he prestado servicio <input type="checkbox"/> Sí, soy el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que sirvió en el ejército de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a declarar			
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:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 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:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 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:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 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:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 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:	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Se niega a declarar			
Importe de los ingresos brutos mensuales (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:		

Está usted o alguien de su hogar recibiendo 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

¿Los servicios públicos están incluidos en el alquiler o están subcontratados? Sí No

¿Todos sus servicios son eléctricos? Sí No

¿Su compañía de gas natural es 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 proporcionar 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 cumple 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 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 será revisada 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 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.

SOLICITANTE: NO RELLENE 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:



Great Northern Services
310 Boles Street
Weed, CA 96094
(530) 938-4115
Fax (530) 938-1040
www.gnservices.org

Asistencia para Energía y Climatización

Autocertificación de Discapacidad

Nombre del solicitante principal: _____

Domicilio del hogar: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Seleccione una de las siguientes opciones

Nuestro hogar incluye una persona con una discapacidad.

Indique todos los miembros del hogar con una discapacidad:

«Declaro que yo o uno de los miembros de mi hogar tenemos una discapacidad según lo definido en la Ley de Rehabilitación de 1973.»

Firma del solicitante principal: _____ **Fecha:** _____

Nuestro hogar no incluye ningún miembro con discapacidades.

«Declaro que ni yo ni ninguno de los miembros de mi hogar tenemos una discapacidad según lo definido en la Ley de Rehabilitación de 1973.»

Firma del solicitante principal: _____ **Fecha:** _____

En virtud de la Ley de Rehabilitación de 1973, las personas con discapacidades se definen como personas con un deterioro físico o mental que limita de forma sustancial una o más de las actividades principales de la vida. También quedan cubiertas las personas con antecedentes de tener, o que se las considera que tienen, un deterioro físico o mental que limita de forma sustancial una o más de las actividades principales de la vida. Las actividades principales de la vida incluyen cuidarse a uno mismo, caminar, ver, oír, hablar, respirar, trabajar, realizar tareas manuales y aprender.

Puede encontrar más información en el siguiente sitio web:

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/civilrights/resources/factsheets/504.pdf>

Department of Community Services and Development

Formulario de autorización y consentimiento del titular de la cuenta

CSD Form 081 (Rev. 12/17)

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 comparten 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.

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

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



Great Northern Services
310 Boles Street
Weed, CA 96094
(530) 938-4115
Fax (530) 938-1040
www.gnservices.org

Asistencia para Energía y Climatización
Formulario de Uso de Leña/Briquetas

Este es un formulario requerido, aunque no esté solicitando asistencia con la leña o las briquetas. Este formulario nos ayuda a evaluar su costo total de energía.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Domicilio del hogar: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Nuestro hogar no usa leña ni briquetas.

Complete las siguientes preguntas si utiliza leña o briquetas para calefaccionar su hogar.

Nuestro hogar usa _____ cuerdas/toneladas de leña/briquetas durante los meses de invierno.

Compramos leña.

Gastamos \$_____ por cuerda/tonelada.

(Por lo general, una cuerda de leña cuesta entre \$250 y \$400, entregada y apilada.)

Cortamos nuestra propia leña.

(El gasto de energía de su hogar se calculará aproximadamente usando el valor de mercado promedio de una cuerda de leña)

Una cuerda/tonelada de leña/briqueta dura aproximadamente _____ mes(es).

Lea y coloque sus iniciales en cada punto si está solicitando recibir leña:

_____ Si le aprueban la asistencia para recibir leña, no firme el cupón hasta no haber recibido la leña en la cantidad y calidad que usted pidió.

_____ Una cuerda de leña tiene 4 pies de alto por 4 pies de profundidad y 8 pies de largo bien apilada.

Mi dirección de servicio es en una ubicación remota, está fuera de los límites de la ciudad, o tiene consideraciones adicionales para la entrega de leña:



Great Northern Services
310 Boles Street
Weed, CA 96094
(530) 938-4115
Fax (530) 938-1040
www.gnservices.org

Asistencia para Energía y Climatización

Formulario de Uso de Propano/Queroseno/Combustible

Este es un formulario requerido, aunque no esté solicitando asistencia con el queroseno, el propano o el combustible. Este formulario nos ayuda a evaluar su costo total de energía.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Domicilio del hogar: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Nuestro hogar no usa combustibles líquidos

Complete las siguientes preguntas si utiliza propano, queroseno o combustible en su hogar.

¿Quién es su proveedor de combustible? _____ Cuenta No.: _____

¿Qué combustible usa? Propano Queroseno Combustible Otro: _____

Indique qué electrodomésticos utilizan este combustible:

- Horno o sistema de calefacción central
- Calefactor estilo monitor / Calentador Toyotomi
- Calentador de agua
- Estufa para cocinar
- Otro (explicar): _____

Para uso del personal de GNS; no completar.

Uso mensual total: _____
Precio actual por galón: _____
Gasto total mensual de energía: _____

Necesitaremos un cálculo aproximado actual de su proveedor de combustible. Muchas compañías locales nos proporcionan precios mensuales, pero si su proveedor no lo hace, es posible que le pidamos que lo contacte para solicitar un presupuesto.

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo

CSD 43B (rev.12/2013)

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**



GREAT NORTHERN
-services -

Great Northern Services

310 Boles Street
Weed, CA 96094
(530) 938-4115
Fax (530) 938-1040
www.gnservices.org

Formulario de Autorización para Solicitud de Verificación de Beneficios de CalFresh/CalWorks

Complete si usted o un miembro de su hogar reciben beneficios de CalFresh (EBT/cupones de comida).

Si elige proporcionar una copia de su Verificación de Beneficios, complete también este formulario en caso de que no podamos obtener su solicitud dentro de los 30 días para que podamos solicitar un formulario actualizado del condado.

CONDADO DE SISKIYOU

CALWORKS/CALFRESH-ALIMENTOS/ASISTENCIA NUTRICIONAL

818 SOUTH MAIN STREET

YREKA, CA 96097

FAX# 530 -841-2723

A QUIEN CORRESPONDA:

ENVÍE POR FAX MI VERIFICACIÓN DE BENEFICIOS A GREAT NORTHERN SERVICES AL 530-938-1040.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA

FECHA

número de caso/ Número de seguro social

Invigorate • Initiate • Improve

Access to Capital • Portfolio Management • Economic Development • Energy Assistance • Home Weatherization
Community Food • Community Services • HIV/AIDS Case Management • Community Development

CA Lic. # 629328



Great Northern Services
310 Boles Street
Weed, CA 96094
(530) 938-4115
Fax (530) 938-1040
www.gnservices.org

Asistencia para Energía y Climatización Solicitud de Great Northern Services

¡TODOS LOS SOLICITANTES deben completar la primera sección!

Sección 1

Nombre: _____ N.º de Seguro Social: _____
Domicilio del hogar: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
Teléfono celular: _____ Teléfono de la casa: _____
Correo electrónico: _____

Agregarme a la lista de correo electrónico de GNS

¿Cómo se enteró de estos servicios? Amigos/Familia Centro de Recursos Redes Sociales Otro: _____

Su residencia es Casa Apartamento Dúplex Casa Móvil Otro _____

Usted es propietario alquila ¿Cuánto paga de renta/hipoteca? _____

Si alquila, ¿recibe un subsidio o cupón? No Sí, HUD o Sección 8 Sí, otro _____

¿Desea que su casa sea considerada para los servicios de climatización? Sí No

Sección 2 (deben completarla los solicitantes que solicitan climatización)

¿Su residencia ha recibido anteriormente servicios de climatización? No Sí, en _____

Aunque no hay un costo para los propietarios, deben otorgar el permiso y aceptar los términos y condiciones del Programa de Climatización para que un hogar pueda recibir los servicios. Si usted no está incluido como el propietario registrado de la residencia, proporcione la información de contacto de la persona que sí lo es o de su compañía de administración de propiedades.

Nombre y Dirección del Propietario/Administrador de la Propiedad: _____

Teléfono y Fax o Correo Electrónico del Propietario/Administrador de la Propiedad: _____

Para recibir servicios de climatización, las Casas Móviles/Prefabricadas deben contar con el registro y los documentos apropiados presentados ante el HCD o el condado de Siskiyou. **Si la vivienda es una Casa Móvil, proporcione el Número Decal:** _____

Asistencia para Energía y Climatización

Formulario de Acuse de Recibo de Información y Educación

Este es un formulario requerido que está relacionado con elementos del paquete de Instrucciones para la solicitud.

El Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP) se estableció en 1981 y es un programa financiado por el gobierno federal que ayuda a hogares de bajos ingresos a pagar su factura de energía. La asistencia se da en forma de una orden de pago individual o doble, o el pago directo al proveedor de servicios públicos en nombre del solicitante elegible. La elegibilidad se basa en el ingreso mensual total del hogar. Debido a recortes considerables de los fondos, el gobierno federal requiere que los estados dirijan la asistencia a hogares con bajos ingresos y altos costos de energía, teniendo en cuenta hogares con personas ancianas y discapacitadas y niños menores de 6 años.

Una solicitud incompleta/incorrecta llevará más tiempo de procesar o quizás sea rechazada. Las personas que viven en centros que brindan comida y cuidado, asilos de convalecencia, o que están en la cárcel o en prisión no son elegibles para el programa LIHEAP.

He leído y entendido las siguientes pautas del programa y los folletos de educación:

- el documento de información del programa de Asistencia para Energía y Climatización**
- la Guía de Ahorro de Energía WattSmart**
- el Folleto de Educación sobre Energía**
- la Guía de Información de Recursos**
- y he revisado y completado la Guía para Planificación del Presupuesto Mensual**

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(revisado 11/14/2025)

**Firme, feche y envíe con este paquete
NO SE PROCESARÁN LAS SOLICITUDES SIN ESTE FORMULARIO**

Invigorate • Initiate • Improve

Access to Capital • Portfolio Management • Economic Development • Energy Assistance • Home Weatherization
Community Food • Community Services • HIV/AIDS Case Management • Community Development

Formulario de Detalles de la Vivienda

obligatorio para todos los solicitantes

Marque todas las casillas que correspondan a su hogar.

Leña/Briquetas:

Estufa a leña Chimenea Estufa a briqueta Otro: _____ Ninguno

Propano:

Sistema de Calefacción Central Chimenea Estufa para cocinar Calentador de Agua
 Otro: _____ Ninguno

Queroseno:

Calefactor estilo monitor Sistema de Calefacción Central Calentador de Agua
 Otro: _____ Ninguno

Aceite para horno /Combustible / Gasoil:

Horno Calentador de Agua Otro: _____ Ninguno

Electricidad:

Aire Central/Bomba de Calor Calefactores de Pared Zócalos Radiantes Calefactores Portátiles
 Estufa para cocinar Calentador de Agua Otro: _____ Ninguno

Otras fuentes de calefacción:

Describa: _____

Solicitantes de climatización: ¿cuáles son sus principales preocupaciones para su hogar?