SACRED HEART COMMUNITY SERVICE

SACRED HEART COMMUNITY SERVICE

Phục Vụ Quận Hạt Santa Clara

1-877-278-6455 - www.sacredheartenergy.org

2014

2014 LIHEAP/DOE INTAKE FORM (Rev. 1/17/14)

Tên	Chữ Lót	Họ	
Số nhà tên đường:			Số Phòng
Thành Phố	Quận Hạt SANTA CLARA	Tiểu Bang CA	Mã Bưu Chính
Địa Chỉ Nơi Dùng Dịch Vụ Điện (nếu khác địa chỉ ở trên) (Đừng dùng hộp thư P.O. Box)	☐ Đánh vào đây nếu địa chỉ dùng điện giống chỉ bưu điện		Số Phòng
Thành Phố Nơi dùng dịch vụ	Quận hạt Nơi Dùng Dịch Vụ SANTA CLARA	Tiểu Bang Nơi Dùng Dịch Vụ CA	Mã Bưu Chính Nơi Dùng Dịch Vụ
Số Phone: Chỗ Làm/Ban Ngày # ( )_____ Ở Nhà # ( )_____	Ngày Sinh Người Đứng Đơn _____/_____/_____ Tháng Ngày Năm	**Số An Sinh Xã Hội (SSN):** _____ _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ _____ _____	

NHỮNG NGƯỜI SỐNG TRONG HỘ

Điền vào **tổng số người sống trong hộ**, bao gồm người đứng đơn →

Điền vào số người cho mỗi hàng sau:

2 tuổi hoặc nhỏ hơn	
3 đến 5 tuổi	
6 đến 18 tuổi	
19 đến 59 tuổi	
60 tuổi trở lên	
Khuyết Tật	
Thổ dân Mỹ	
Không Nói Tiếng Anh Lưu Loát	
Nông Dân Thời Vụ hoặc Nông Dân Di Cư	

THU NHẬP

Điền vào **tổng số người** trong hộ đang có thu nhập. →

Điền vào thu nhập hàng tháng chưa trừ thuế của mọi người trong hộ

Lương Bổng	$
SSI/SSP	$
SSA/SSDI	$
CalWORKS	$
Tiền Lời	$
Tiền Hưu Trí	$
Thu nhập khác	$
THU NHẬP TỔNG CỘNG	$

THÔNG TIN VỀ HÓA ĐƠN ĐIỆN GAS

Công Ty Điện/gas nào ông/bà cần giúp đỡ? (Khoanh tròn)

☐ PG&E ☐ Silicon Valley Power ☐ City of Palo Alto

☐ Công Ty khác _____

Số Trương Mục:

Tên của khách hàng trên hóa đơn điện:

☐ Đánh dấu vào đây nếu điện/gas được đo chung.

☐ Đánh dấu vào đây nếu là chủ nhà.

☐ Đánh dấu ở đây nếu là nhà mướn.

Những tin tức trên đơn sẽ được sử dụng để xác định và xác minh xem tôi có hội đủ điều kiện cho chương trình. Chữ ký của tôi sẽ cho phép thông tin này được chia sẻ với những văn phòng khác của tiểu bang, chính quyền liên bang, những nhà thầu được chỉ định, (những) công ty điện gas của tôi, và (những) công ty điện gas của tôi có thể chia sẻ thông tin với những văn phòng khác của tiểu bang hoặc liên bang. Tôi hiểu rằng nếu đơn LIHEAP/DOE của tôi bị từ chối, hoặc tôi nhận được sự hồi báo trễ hoặc không hài lòng cách làm việc, tôi có thể khiếu nại bằng cách viết đơn cho nhà cung cấp dịch vụ địa phương và khiếu nại của tôi sẽ được xét trong vòng 15 ngày sau khi nhận được khiếu nại. Nếu tôi không hài lòng với quyết định của nhà cung cấp dịch vụ địa phương, tôi có thể khiếu nại lên Department of Community Services and Development theo Title 22. California Code of Regulations điều khoản 100805. Nếu ứng dụng, tôi có thể sẽ cho phép sự đo đạc cho chương trình tiết kiệm điện năng trong nhà tôi mà tôi không tốn lệ phí nào. Tôi xác nhận, tôi sẽ bị phạt nếu khai man , thông tin trên đơn này là sự thật, đúng đắn, và tiền nhận được sẽ chỉ để dùng cho mục đích trả tiền điện gas trong nhà tôi.

_____ Chữ Ký Người Đứng Đơn

_____ Ngày

_____ Chữ Ký Người Làm Chứng(Nếu Đương Đơn Ký X)

TÊN CƠ QUAN: Community Services and Development (CSD). UNIT RESPONSIBLE FOR MAINTENACE: Chương Trình Trợ Giúp Tiền Điện Gas (HEAP).: Thẩm Quyền: Government Code Section 16367.6 (a) đặt tên CSD là cơ quan chịu trách nhiệm quản lý HEAP. MỤC ĐÍCH: Thông tin ông/bà cung cấp sẽ được sử dụng để quyết định ông/bà có hội đủ điều kiện cho Chương Trình LIHEAP và/hoặc dịch vụ weatherization giúp tiết kiệm điên gas. CUNG CẤP THÔNG TIN: CSD sử dụng định nghĩa thống kê từ sự cập nhật hàng năm về Lương Trung Bình Tiểu Bang của Department of Health and Human Services, Hướng Dẫn về Thu Nhập Người Nghèo Liên Bang, để xác định sự hội đủ điều kiện vô chương trình. Trong quá trình xét đơn, nhà thầu của CSD có thể cần hỏi ông/bà thêm thông tin để quyết định rằng ông/bà có đủ điều kiện cho một hoặc cả hai chương trình hay không.

TRUY CẬP: Nhà thầu của CSD sẽ giữ đơn đã hoàn tất và những thông tin khác của ông/bà, nếu sử dụng, để quyết định ông/bà có hội đủ điều kiện hay không. Ông/bà có quyền truy cập tất cà những hồ sơ có thông tin về ông/bà. CSD không phân biệt khi cung cấp những dịch vụ dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, hoặc giới tính.

OFFICIAL USE ONLY. DÙNG CHO VĂN PHÒNG. Xin đừng điền vào đây

Eligibility Cert Date:	**Intake Initials:**	**Priority Points:**	**ACC#:**
Check appropriate program:	☐ HEAP ☐ FastTrack ☐ WX Only ☐ Propane/Wood ☐ **DENIED**		**Amount $**
WSAG: ☐ Y ☐ N	WX already completed: ☐ Y ☐ N		**CARE:** ☐ Y ☐ N
Education Received (Date):	**Energy Cost = $**_____		**Energy Burden =** _____**%**

1) Complete & sign application 2) Attach ALL pages of your current energy bill 3) Attach proof of income (copies) for past 30 days for every adult

4) Mail/drop-off application: **1381 S. First Street, San José, CA 95110.**

SACRED HEART COMMUNITY SERVICE

SACRED HEART COMMUNITY SERVICE
Serving Santa Clara County
1-877-278-6455 www.sacredheartenergy.org
Please use blue or black pen.

2014

First Name	**Middle Initial**	**Last Name**	
Address			**Unit Number:**
City	**Mailing County** SANTA CLARA	**State** **CA**	**ZIP Code:**
☐ Service Address, if different from above.	☐ Address same as above (Do NOT use P.O. Box)		**Unit Number:**
Service City	Service County SANTA CLARA	State **CA**	**Service ZIP code:**
Phone Numbers: Daytime # ( )_____ Home # ( )_____	**Date of Birth:** _____/_____/_____ Month Day Year	**Social Security Number:** ____ ____ ____ - ____ ____ - ____ ____ ____ ____	

PEOPLE LIVING IN HOUSEHOLD

Enter the **total number of people** living in the household, including applicant. → ☐

Enter the number of people who are:

2 years or younger	
Ages 3-5	
Ages 6-18	
Ages 19 - 59	
Ages 60 or older	
Disabled	
Native American	
Limited English Speaking	
Seasonal/Migrant Farmworker	

PEOPLE LIVING IN HOUSEHOLD

Enter the **total number of** household members who, receive income. → ☐

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

Paycheck(s)	$
SSI/SSP	$
SSA/SSDI	$
CalWorks/TANF	$
Interest	$
Pension	$
Other	$
Other	$
TOTAL INCOME	$

ENERGY BILL INFORMATION

Which utility company do you want paid? (Check one):

- ☐ PG&E
- ☐ Silicon Valley Power
- ☐ City of Palo Alto
- ☐ Other Utility Company: _____

Account Number:_____

Name of customer on the utility bill:

_____

- ☐ Check here if utilities are included in the rent or sub-metered.
- ☐ Check here if you own this home.
- ☐ Check here if you rent this home.

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, 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/DOE benefits of services is denied, or if I receive untimely response or unsatisfactory performance, I may initiate a written appeal with the local service provider and my appeal shall be reviewed no later than 15 days after the appeal is received. If I am not satisfied with the local service provider's decision I may then appeal to the Department of Community Services and Development pursuant to Title 22, California Code of Regulations section 100805. If applicable, I hereby authorize installation of weatherization measures to my residence at no cost to me. I declare, under penalty of perjury, that the information on this application is true, correct, and that the funds received will be used solely for the purpose of paying my energy cost

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

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

OFFICIAL USE ONLY. DO NOT FILL OUT INFORMATION BELOW.

Eligibility Cert Date:	**Intake Initials:**	**Priority Points:**	**ACC#:**
Check appropriate program:	☐ HEAP ☐ FastTrack	☐ WX Only ☐ Propane/Wood ☐ **DENIED**	**Amount $**
WSAG: ☐ Y ☐ N	WX already completed: ☐ Y ☐ N		**CARE:** ☐ Y ☐ N
4Education Received (Date):		**Energy Cost = $**_____	**Energy Burden =** _____%

1) Complete & sign application 2) Attach ALL pages of your curent energy bill 3) Attach proof of income (copies) for all past 30 days for every adult in household

4) Mail/drop-off application: **1381 S. First Street, San José, CA**