



HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM (LIHEAP)

Helping **Alameda County** Residents Pay Their PG&E/Alameda Municipal Power Bills

Completed application **must** include:

- ✓ YOUR COMPLETE APPLICATION FORMS
- ✓ **COPY OF APPLICANT'S** GOVERNMENT-ISSUED PHOTO ID (ex: driver license, state ID, or US passport) no more than 1 year past the expiration date (seniors 60+ may provide ID more than 1 year expired)
- ✓ COMPLETE/UNALTERED **COPY OF MOST RECENT** ENERGY BILL(S) (ex: PG&E and/or Alameda Municipal Power)—Include any applicable shut-off notices (ex: 15-day, 48-hour).
- ✓ PROOF OF INCOME—All household members must provide complete/unaltered **COPIES** of income documents issued no more than 30 days ago (unless stated otherwise). Common examples include:

Type of Income	Required Document Options
Employment (Ages 18+ only)	<ul style="list-style-type: none"> • All <u>consecutive</u> pay statements/pay stubs for the last 30 days. If paid weekly, provide 4 consecutive stubs; if bi-weekly, provide 2.
Social Security SSI/SSP or SSA/SSDI	<ul style="list-style-type: none"> • Current year's award letter • Most recent bank statement (for direct deposit)
Pensions/Annuities/IRAs	<ul style="list-style-type: none"> • Lifetime award letter (<u>no bank statements</u>) • Most recent check stub • Award letter for the last 30 days
CalWorks/GA/GR	<ul style="list-style-type: none"> • Notice of Action, verification letter, or printout summary • Check or bank statement (for direct deposit)
Self-Employed	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Signed & dated</u> copy of current Federal Income Tax forms 1040, Schedule 1, and Schedule C • Hand- or type-written copy of ledger/journal for the last 30 days
Unemployment/EDD	<ul style="list-style-type: none"> • Most recent 4 weeks of pay stubs • Payment history • Current award letter
Child Support	<ul style="list-style-type: none"> • Recent copy of child support notice from the court within the last 30 days • <u>Signed & dated</u> letter from the paying parent stating the monthly amount
Loans/Gifts	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Signed & dated</u> letter from the lender with specific amount, date(s), and their telephone number
Worker's Compensation	<ul style="list-style-type: none"> • Check or check stub • Current printout or award letter

❖ NO INCOME? Households that do not or cannot provide proof of income must complete form CSD 43B Certification of Income and Expenses (included). This is not required if your household provides income documentation.

Apply online at CALIHEAPApply.com -or- MAIL your completed application and REQUIRED DOCUMENTS to:

Spectrum Community Services
LIHEAP Program
P.O. Box 4317
Hayward, CA 94540-4317

DO NOT USE WHITE-OUT, TAPE, STAPLES, OR PAPER CLIPS

LIHEAP Applicant Eligibility

Because of significant funding cuts, the federal government enacted a law requiring that states target households with low incomes and high energy costs, taking into consideration households with seniors (60+ years old) and persons with disabilities, and children under six. This means there could be households that receive assistance in the past and will no longer receive assistance because they fall into a low priority group and are not considered among the neediest of the needy.

Eligibility is based on the household's total gross monthly income (before taxes), which cannot exceed the 2024 LIHEAP Income Guidelines listed in the chart below:

2024 Monthly Gross Income Guidelines

HOUSEHOLD SIZES	1	2	3	4	5	6	7	8
MONTHLY PRE-TAX INCOME	\$2,882.83	\$3,769.83	\$4,656.83	\$5,543.92	\$6,430.92	\$7,317.92	\$7,484.25	\$7,650.58

WHAT TO EXPECT AFTER YOU APPLY:

	ONLINE	BY PAPER (ex: mail)
1	Email sent confirming application successfully submitted	Postcard sent via USPS confirming application received
2	Email sent with an update:	Letter sent via USPS with an update:
	2a. Missing document(s) needed	2a. Missing document(s) needed
	2b. Application eligible for LIHEAP benefit (letter also sent via USPS)	2b. Application eligible for LIHEAP benefit
	2c. Application denied with reason (letter also sent via USPS)	2c. Application denied with reason

Remember: LIHEAP is *not* an entitlement program. All applicants are encouraged to continue paying on their energy bill. Spectrum also offers weatherization services to help households' lower their utility bills.

ADDITIONAL RESOURCES

ENERGY PROVIDERS IN ALAMEDA COUNTY

- Pacific Gas & Electric Company (PG&E) – PGE.com • 800-743-5000
- Alameda Municipal Power (only for residents of the City of Alameda) – AlamedaMP.com • 510-748-3900
- Ava Community Energy (formerly EBCE) – avaenergy.org • 833-699-3223

SPECTRUM COMMUNITY SERVICES – SpectrumCS.org • 510-881-0300

Energy Assistance Programs

- Home Energy Assistance Program (LIHEAP) – Helping Alameda County residents experiencing low income pay their PG&E or Alameda Municipal Power bills.
- Weatherization Assistance Program – Helping Alameda County residents experiencing low income improve their homes with energy-saving measures and appliances.

Senior Programs (for all Alameda County residents who are 60 years of age or older)

- Senior Meals – Congregate meals for active seniors at a many locations throughout northern, central and southern Alameda County.
- Meals on Wheels – Home-delivered meals in the cities of Dublin, Pleasanton, Sunol, and Livermore.
- Fall Prevention – Classes virtually and in-person throughout the northern and central county for at-risk, low-income seniors to reduce/prevent falls that can lead to devastating health complications.
- Connect – Wellness check-ins, reassurance calls, and friendly visits to combat social isolation.

Abteilung für Gemeinschaftsdienste und Entwicklung

Formular für die Energieaufnahme

CSD 43 (10/2022)

<i>Nur für den dienstlichen Gebrauch:</i>	
Vorrangige Punkte	
A.C.C.	
Datum der Berechtigungs-Bescheinigung	

Agentur:	Anfangsbuchstaben bei der Aufnahme:	Aufnahmedatum:	
Vorname	Mittlerer Anfangsbuchstabe	Nachname	
			Geburtsdatum MM/TT/JJ
ZUSTELLUNGSADRESSE - Adresse Ihres Wohnsitzes (dies kann kein Postfach sein)			
Zustellungsadresse			Hausnummer
Stadt der Zustellung	Landkreis der Zustellung	Land der Zustellung	Postleitzahl der Zustellung
Haben Sie in jedem der letzten 12 Monate an dieser Adresse gewohnt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Ist Ihre Zustellungsadresse mit der Postadresse identisch?..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Sind Sie Eigentümer oder Mieter Ihrer Wohnung?..... <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Mieter			
Postadresse			Hausnummer
Stadt (Postadresse)	Landkreis (Postadresse)	Land (Postadresse)	Postleitzahl
Sozialversicherungsnummer:		Telefon-Nr. ()	
E-Mail-Adresse:			

IM HAUSHALT LEBENDE PERSONEN Geben Sie die Gesamtzahl der im Haushalt lebenden Personen an, einschließlich sich selbst →		EINKOMMEN Geben Sie die Gesamtzahl der Personen an, die Einkommen erhalten →	
<i>Demografische Daten:</i> Geben Sie die Anzahl der Personen im Haushalt an, die:		<i>Geben Sie das gesamte monatliche Bruttoeinkommen für alle im Haushalt lebenden Personen an:</i>	
Alter 0 – 2 Jahre		Sozialhilfe/Arbeitslosenhilfe	\$
Alter 3 - 5 Jahre:		Schwerbehinderten-/Alterszusatz-Hilfe	\$
Alter 6 - 18 Jahre:		Sozialversicherung für Invalidität	\$
Alter 19 - 59		Zahlungsscheck(s)	\$
60 Jahre und älter		Zinsen	\$
Schwerbehindert		Rente/Pension	\$
Amerikanische Ureinwohner		Sonstige	\$
Saisonarbeiter oder Migranten in der Landwirtschaft		Monatliches Gesamteinkommen	\$

HAUSHALTSMITGLIEDER
GEBEN SIE UNTEN DIE DATEN ALLER HAUSHALTSMITGLIEDER AN.
Wenn Ihr Haushalt aus mehr als 6 Personen besteht, geben Sie bitte die Daten auf einem separaten Blatt an.

ANTRAGSTELLER (HAUSHALTSMITGLIED 1)

Vorname	M.I.	Nachname	Beziehung zum Antragsteller <i>Selbst</i>
Geburtsdatum:	Rasse: <input type="checkbox"/> Amerikanischer Indianer oder Alaska-Ureinwohner <input type="checkbox"/> Asiate		Hispanisch/Latino/Spanisch?
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Schwarz oder Afroamerikaner		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Anderes	<input type="checkbox"/> Ureinwohner Hawaiis oder anderer pazifischer Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß		<input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert
<input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> Multi-rassisch <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert		
Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens (vor Steuern):		Einkommensquelle:	

HAUSHALTSMITGLIED 2

Vorname	M.I.	Nachname	Beziehung zum Antragsteller
Geburtsdatum:	Rasse: <input type="checkbox"/> Amerikanischer Indianer oder Alaska-Ureinwohner <input type="checkbox"/> Asiate		Hispanisch/Latino/Spanisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> Schwarz oder Afroamerikaner <input type="checkbox"/> Ureinwohner Hawaiis oder anderer pazifischer Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß <input type="checkbox"/> Multi-rassisch <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert		
Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens (vor Steuern):		Einkommensquelle:	

HAUSHALTSMITGLIED 3

Vorname	M.I.	Nachname	Beziehung zum Antragsteller
Geburtsdatum:	Rasse: <input type="checkbox"/> Amerikanischer Indianer oder Alaska-Ureinwohner <input type="checkbox"/> Asiate		Hispanisch/Latino/Spanisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> Schwarz oder Afroamerikaner <input type="checkbox"/> Ureinwohner Hawaiis oder anderer pazifischer Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß <input type="checkbox"/> Multi-rassisch <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert		
Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens (vor Steuern):		Einkommensquelle:	

HAUSHALTSMITGLIED 4

Vorname	M.I.	Nachname	Beziehung zum Antragsteller
Geburtsdatum:	Rasse: <input type="checkbox"/> Amerikanischer Indianer oder Alaska-Ureinwohner <input type="checkbox"/> Asiate		Hispanisch/Latino/Spanisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> Schwarz oder Afroamerikaner <input type="checkbox"/> Ureinwohner Hawaiis oder anderer pazifischer Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß <input type="checkbox"/> Multi-rassisch <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert		
Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens (vor Steuern):		Einkommensquelle:	

HAUSHALTSMITGLIED 5

Vorname	M.I.	Nachname	Beziehung zum Antragsteller
Geburtsdatum:	Rasse: <input type="checkbox"/> Amerikanischer Indianer oder Alaska-Ureinwohner <input type="checkbox"/> Asiate		Hispanisch/Latino/Spanisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> Schwarz oder Afroamerikaner <input type="checkbox"/> Ureinwohner Hawaiis oder anderer pazifischer Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß <input type="checkbox"/> Multi-rassisch <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert		
Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens (vor Steuern):		Einkommensquelle:	

HAUSHALTSMITGLIED 6

Vorname	M.I.	Nachname	Beziehung zum Antragsteller
Geburtsdatum:	Rasse: <input type="checkbox"/> Amerikanischer Indianer oder Alaska-Ureinwohner <input type="checkbox"/> Asiate		Hispanisch/Latino/Spanisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> Schwarz oder Afroamerikaner <input type="checkbox"/> Ureinwohner Hawaiis oder anderer pazifischer Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß <input type="checkbox"/> Multi-rassisch <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Unbekannt/Angabe verweigert		
Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens (vor Steuern):		Einkommensquelle:	

Erhalten Sie oder jemand in Ihrem Haushalt ZURZEIT Lebensmittelmarken? Ja Nein

ZAHLUNG VON RECHNUNGEN

Auf welche Energierechnung (WÄHLEN SIE NUR EINE) soll das Programm zur Unterstützung einkommensschwacher Haushalte bei der Energieversorgung-Leistung angerechnet werden? (Fügen Sie eine vollständige Kopie der letzten Rechnung oder Quittung bei)

Erdgas Elektrischer Strom Holz Propan Heizöl Kerosin Hergestelltes Stückholz Holzpellets Sonstiger Brennstoff

Geben Sie das Energieunternehmen und die Kontonummer ein:

Name des Unternehmens: _____ Kontonummer: _____

Wurde Ihr Strom- und Gasanschluss abgestellt? Ja Nein

Haben Sie einen Mahnbescheid erhalten? Ja Nein

Sind die Nebenkosten in der Miete enthalten oder werden sie gesondert abgerechnet? Ja Nein

Sind Ihre Energiequellen alle elektrisch? Ja Nein

Ist Ihr Gasversorger derselbe wie Ihr Stromversorger? Ja Nein

SERVICE FÜR HOLZ, PROPAN oder HEIZÖL (HPH)

Haben Sie derzeit keinen Brennstoff mehr? (Holz, Propan, Öl, Kerosin, andere Brennstoffe) Ja Nein NICHT ZUTREFFEND

Geben Sie die ungefähre Anzahl der Tage an, bis Ihnen der Brennstoff ausgeht (Holz, Propan, Öl, Kerosin, andere Brennstoffe).

Anzahl der Tage: _____ NICHT ZUTREFFEND

INFORMATIONEN ZUR ENERGIE

Die folgenden Fragen **MÜSSEN BEANTWORTET** werden. Bitte kreuzen Sie alle Energiequellen an, die zur Beheizung Ihrer Wohnung verwendet werden. Kopien **aller** aktuellen Energierechnungen und/oder Quittungen für Energiekosten im Haushalt **müssen** vorgelegt werden.

ANMERKUNG: Eine Kopie der Stromrechnung ist auch dann beizufügen, wenn Sie Ihren Haushalt nicht mit Strom heizen.

Welcher Brennstoff wird hauptsächlich zum HEIZEN Ihrer Wohnung verwendet? Eine Hauptheizquelle **MUSS** angekreuzt werden.

Erdgas Elektrischer Strom Holz Propan Heizöl Kerosin Hergestelltes Stückholz Holzpellets Sonstiger Brennstoff

Benutzen Sie zusätzlich zu Ihrer Hauptheizquelle eine der folgenden Heizungsarten, um Ihre Wohnung zu heizen (Sie können mehr als eine auswählen):

Erdgas Elektrischer Strom Holz Propan Heizöl Kerosin Hergestelltes Stückholz Holzpellets Sonstiger Brennstoff

NICHT ZUTREFFEND

Sind Sie der Kontoinhaber: Stromrechnung Ja Nein Erdgasrechnung Ja Nein

Die Angaben in diesem Antrag werden verwendet, um meinen Anspruch auf Unterstützung festzustellen und zu überprüfen. Mit meiner Unterschrift erteile ich CSD, seinen Vertragspartnern, Beratern, anderen Bundes- oder Landesbehörden (CSD-Partnern) sowie meinem Versorgungsunternehmen und dessen Vertragspartnern meine Zustimmung (Erlaubnis), Informationen über das Versorgungskonto meines Haushalts, den Energieverbrauch und/oder andere Informationen, die für die Bereitstellung von Dienstleistungen und Leistungen für mich erforderlich sind, wie am Ende des Formulars beschrieben, weiterzugeben. Meine Zustimmung gilt für den Zeitraum, der 24 Monate vor und 36 Monate nach dem unten unterzeichneten Datum beginnt. Mir ist bekannt, dass ich, wenn mein Antrag auf Sozialleistungen oder -Dienste abgelehnt wird, oder wenn ich keine rechtzeitige Antwort oder eine nicht zufriedenstellende Leistung erhalte, einen schriftlichen Einspruch beim lokalen Versorgungsunternehmen einlegen kann, und dass mein Einspruch spätestens 15 Tage nach Eingang des Einspruchs geprüft werden muss. Wenn ich mit der Entscheidung des örtlichen Versorgungsunternehmens nicht zufrieden bin, kann ich mich gemäß Titel 22, California Code of Regulations, Abschnitt 100805, an das Department of Community Services and Development wenden. Falls zutreffend, genehmige ich hiermit die Installation von Wetterschutzmaßnahmen an meiner Wohnung, ohne dass mir dadurch Kosten entstehen. Ich erkläre an Eides statt, dass die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgetreu und korrekt sind und dass die erhaltenen Mittel ausschließlich für die Begleichung meiner Energiekosten verwendet werden.

X

*** UNTERSCHRIFT DES ANTRAGSTELLERS ***

Datum

NAME DER BEHÖRDE: Abteilung für Gemeinschaftsdienste und Entwicklung (CSD). FÜR DIE WARTUNG ZUSTÄNDIGE STELLE: Energiehilfeprogramm für Haushalte (HEAP). Behörde: Gemäß Paragraph 16367.6 (a) des Government Code ist die CSD die für die Verwaltung des HEAP zuständige Stelle. ZWECK: Die von Ihnen bereitgestellten Informationen werden verwendet, um zu entscheiden, ob Sie Anspruch auf eine Sozialleistungs-Zahlung und/oder Wetterdienstleistungen haben. BEREITSTELLUNG VON INFORMATIONEN: Dieses Programm ist freiwillig. Wenn Sie sich dafür entscheiden, Hilfe zu beantragen, müssen Sie alle erforderlichen Informationen geben. SONSTIGE INFORMATIONEN: Die CSD verwendet statistische Definitionen aus der jährlichen Aktualisierung der „State Median Income, Federal Income Poverty Guidelines“ des Department of Health and Human Services, um die Anspruchsberechtigung für das Programm zu bestimmen. Während der Antragsbearbeitung kann es sein, dass der von der CSD beauftragte Subunternehmer Sie um weitere Informationen bitten muss, um zu entscheiden, ob Sie für eines oder beide Programme berechtigt sind. ZUGANG: Der von der CSD benannte Subunternehmer bewahrt Ihren ausgefüllten Antrag und andere Informationen auf, die zur Feststellung Ihrer Anspruchsberechtigung verwendet werden, wenn sie verwendet werden. Sie haben das Recht auf Einsicht in alle Unterlagen, die Informationen über Sie enthalten. Die CSD diskriminiert bei der Erbringung von Dienstleistungen nicht aufgrund von Rasse, religiösem Bekenntnis, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Abstammung, körperlicher Behinderung, geistiger Behinderung, medizinischem Zustand, Familienstand, Geschlecht, Alter oder sexueller Orientierung.

ANTRAGSTELLER: FÜLLEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FELDER NICHT AUS. DIESER ABSCHNITT IST NUR FÜR DEN AMTLICHEN GEBRAUCH BESTIMMT.

Im Rahmen welchen Programms wird Hilfe für Versorgungsunternehmen geleistet? → HEAP Fast Track HEAP WPO ECIP WPO

Grundleistung \$ _____ **Ergänzung \$** _____ **Gesamtleistung \$** _____

Gesamte Energiekosten \$ _____ **Energieaufwand** _____

Energiedienstleistungen nach Abschaltung wiederhergestellt: Ja Nein Abschaltung von Energiedienstleistungen verhindert: Ja Nein

Wohnung für Wetterschutz vorgeschlagen: Wohnung bereits wettergeschützt:

Abteilung für soziale Dienste und Entwicklung

Ermächtigungs- und Einverständnisformular des Kontoinhabers

CSD Formular 081 (Rev. 12/17)

NAME(N) UND POSTANSCHRIFT DES KONTOINHABERS

Vollständiger Name des Kontoinhabers		
Postanschrift (Straße) des Kontoinhabers:		Wohnungsnummer (falls vorhanden)
(Stadt)	Staat	Postleitzahl
Ist die Anschrift für die Versorgungsleistung mit der Postanschrift des Kontoinhabers identisch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Vollständiger Name des Antragstellers für Unterstützung (von Formular 43)		
Anschrift des Versorgungsbetriebs (Straße)		Wohnungsnummer (falls vorhanden)
(Stadt)	Staat CA	Postleitzahl

INFORMATIONEN ZUR VERSORGUNG

Bitte geben Sie unten den Namen Ihres Versorgungsbetriebs und die Kontonummer für den Dienst ein (Sie können die Kontonummer auf Ihrer Rechnung finden). Falls unterschiedliche Unternehmen Ihren Strom oder Ihr Gas liefern, geben Sie bitte den Namen und die Kontonummer für beide Versorgungsbetriebe ein.

Name des Versorgungsbetriebs	Kontonummer des Dienstes
Name des Versorgungsbetriebs (falls Sie einen zweiten Versorgungsbetrieb haben)	Kontonummer des Dienstes

ERMÄCHTIGUNG UND EINVERSTÄNDNIS

Durch Ihre (Kontoinhaber) Unterschrift erteilen Sie CSD, seinen Vertragsnehmern, Beratern, anderen bundesstaatlichen oder staatlichen Behörden (CSD-Partner) und Ihrem Versorgungsbetrieb und seinen Vertragsnehmern Ihre Ermächtigung und Ihr Einverständnis (Erlaubnis), Informationen zu dem Versorgungsleistungskonto Ihrer Immobilie, Daten zur Messung und zum Energieverbrauch und andere Informationen nach Bedarf mitzuteilen, und zwar für den Zeitraum beginnend 24 Monate vor und weiterlaufend 36 Monate nach dem untenstehenden Datum der Unterschrift. Die Informationen, zu deren Erhalt und Weitergabe Sie uns ermächtigen, werden verwendet, um den Hausenergieverbrauch von Begünstigten des Programms auszuwerten, damit CSD das Folgende ausführen kann: a) Die Wirksamkeit des von uns bereitgestellten Dienstes zu messen, indem wir bestimmen, um welchen Betrag Ihre Stromrechnung reduziert ist und zu welchem Ausmaß unserer Dienst Kohlenstoffemissionen (Luftverschmutzung) verringert, und b) Diese Ergebnisse bundesstaatlichen und staatlichen Behörden zu melden, die Energiehilfsprogramme in Kalifornien finanzieren und überwachen. CDS, seine Vertragsnehmer, Berater, andere bundesstaatliche und staatliche Behörden und verbundene Programme (CSD-Partner) arbeiten mit Ihrem Versorgungsbetrieb und seinen Vertragsnehmern zusammen und verwenden diese Informationen, um Dienste bereitzustellen, die Familien mit geringem Einkommen helfen, wie etwa dem Antragsteller, ihre Hausenergierechnungen zu bezahlen und diesen Energiebedarf wie in dieser Ermächtigung angegeben zu verwalten.

Unterschrift des Kontoinhabers	Datum	Name des CSD-Vertragsnehmers/der Partnerorganisation
--------------------------------	-------	--

WIDERRUF DER ERMÄCHTIGUNG UND DES EINVERSTÄNDNISSES

Sie vereinbaren, dass Ihr Einverständnis 36 Monate ab dem Datum der Unterschrift dieser Ermächtigung in Kraft bleibt, es sei denn, sie wird anderweitig durch schriftliche Anzeige widerrufen und an die folgende Anschrift gesendet: CSD Energy & Environmental Services Division, 2389 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833. Der Widerruf tritt bei Empfang in Kraft, bezieht sich aber nicht auf Informationen, die zum Zeitpunkt der Gültigkeit dieser Ermächtigung mitgeteilt wurden.

ENTSPRECHENDE PROGRAMME

Einige der Programme, die CDS überwacht und denen sie angeschlossen ist, umfassen:

- CSD Federal Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) [CSD Bundesstaatliches Hausenergiehilfsprogramm für Personen mit geringem Einkommen]
- CSD Federal Department of Energy Weatherization Assistance Program (DOE WAP) [CSD Hilfsprogramm der bundesstaatlichen Abteilung für energiesparende Maßnahmen]

- State Low-Income Weatherization Program (LIWP) [Programm des Staates für energiesparenden Maßnahmen für Personen mit geringem Einkommen]
- Department of Housing and Urban Development (HUD) Lead Hazard Control and Healthy Homes Program [Abteilung für Wohnungsbau und städtische Entwicklung, Gefahrenkontrolle von Blei und Programm für gesunde Wohnungen]
- Utility Company Energy Savings Assistance (ESA) Program [Hilfsprogramm zu Energieeinsparungen von Versorgungsbetrieben]
- Utility Company California Alternate Rates for Energy (CARE) Program [Programm von Kalifornien für alternative Energiegebühren]

BESCHEINIGUNG ZUM VERDIENST UND AUSGABEN

Sie werden um das Ausfüllen dieses Formulars gebeten, weil Sie Hilfe beantragt und angegeben haben, dass Ihr gesamter Haushalt keine Einkommensbescheinigung vorlegen kann. Der Staat von Kalifornien verlangt vom Antragsteller, alle Verdienstquellen zu melden. Dieses Formular wird uns beim Verstehen helfen, wie Sie Ihre Ausgaben decken. Bitte füllen Sie die untenstehenden Informationen aus:

Name und Anschrift	
Name:	
Anschrift:	

Abschnitt 1: Verfügen Sie über Einkommensquellen, die Sie zu melden vergessen haben?				
JA	NEIN	Waren Sie während des letzten Monats teilzeitbeschäftigt?		
JA	NEIN	Waren Sie während des letzten Monats freiberuflich tätig?		
JA	NEIN	Haben Sie während des letzten Monats Geld für jegliche Arbeit erhalten, die Sie nur gelegentlich ausführen, wie z. B. Gartenarbeit, Kinderbetreuung, Blut spenden, usw.?		
JA	NEIN	Haben Sie während des letzten Monats Geldgeschenke erhalten? Falls ja, führen Sie bitte den Namen und die Telefonnummer der Person auf, die Ihnen Geld geschenkt hat.		
JA	NEIN	Haben Sie während des letzten Monats eines der Folgenden erhalten? (alles Zutreffende einkreisen)		
		ARBEITSUNFALLVERSICHERUNG	ARBEITSLOSIGKEIT	STAATLICHE LEISTUNGEN
				KINDERUNTERHALT
JA	NEIN	Erhalten Sie eines der Folgenden (alles Zutreffende einkreisen)		
		RENTENZAHLUNG	RENTE	CASINOZAHLUNGEN EINER STAMMESGEMEINSCHAFT
				EINKOMMEN AUS VERMIETUNGEN
				VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Abschnitt 2: Verwenden Sie Ihre Ersparnisse zum Abdecken monatlicher Kosten oder leihen Sie Geld?		
JA	NEIN	Verwenden Sie Ersparnisse oder einen Eigenheimkredit? Wie viel? _____
JA	NEIN	Verwenden Sie ein anderes Vermögen? Wie viel? _____
JA	NEIN	Leihen Sie von Kreditkarten? Wie viel? _____
JA	NEIN	Leihen Sie von einer anderen Quelle? Wie viel? _____

Notarstempel bei Bedarf unten platzieren (nur DEO)
oder vom verantwortlichen Direktor hier unterschreiben lassen

Abschnitt 3: Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie während der vergangenen Monate diese monatlichen Ausgaben bezahlt haben:			
AUSGABE	MONATLICHE KOSTEN	WIE WURDE DIE AUSGABE BEZAHLT?	FALLS EINE ANDERE PERSON FÜR SIE BEZAHLT HAT, BITTE AUSFÜLLEN:
Miete oder Hypothek	\$		Name: _____ Telefonnummer: _____ Anschrift: _____
Betriebskostenabrechnungen	\$		Name: _____ Telefonnummer: _____ Anschrift: _____
Lebensmittel	\$		Name: _____ Telefonnummer: _____ Anschrift: _____

Abschnitt 4: Falls nichts des Obenstehenden auf Sie zutrifft, erklären Sie bitte, wie Ihre monatlichen Ausgaben bezahlt wurden:	

Unterschrift:

Durch das Unterzeichnen dieses Formulars bestätige ich, dass diese Angaben nach meinem besten Wissen genau und richtig sind. Ich erteile dem Dienstanbieter meine Erlaubnis, diese Informationen zu überprüfen.
Unter Bundes- oder staatlichen Gesetzen kann ich haftbar gemacht werden, wenn ich wissentlich falsche oder betrügerische Angaben mache.