



**Spectrum Community Services**  
 P.O. Box 4317  
 Hayward, CA 94540  
 510-881-0300 | SpectrumCS.org  
 Serving Alameda County Since 1971

**Arabic**



**YOU MAY BE ELIGIBLE FOR ASSISTANCE  
 PAYING YOUR WATER BILL  
 LOW INCOME HOUSEHOLD WATER ASSISTANCE PROGRAM (LIHWAP)**

**EXPIRES MARCH 31, 2024**

You may be eligible:

- ✓ If you have **never** received a LIHWAP benefit before...
- ✓ AND your household's TOTAL gross (pre-tax) monthly income does not exceed these 2024 guidelines (or if you or someone in your household currently receives CalWorks or CalFresh, or received a Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) benefit within the past year)...

HOUSEHOLD SIZE	1	2	3	4	5	6	7	8
2024 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

Additional requirements:

- You live in Alameda County
- Your household water service is directly billed by one of these water service providers: *Alameda County Water District (ACWD) • California Water Service • City of Pleasanton • Dublin San Ramon Services District • East May Municipal Utility District (EBMUD) • Hayward Water System • Livermore Municipal Water*
- You—or someone in your household who is 18 years or older—have a Social Security Number

**If applying simultaneously to both LIHWAP and LIHEAP** follow instructions for the attached LIHEAP application, and in addition to the required documents in the checklist, include a copy of **all pages** of your most recent water and/or wastewater bill. (Bills from Dublin San Ramon Services District must be overdue; all others can be current bills.)

**If applying for LIHWAP only**, you must complete the attached intake form, skipping the Energy Bill Information section of the intake form; follow all other instructions and checklist in the attached LIHEAP application. Don't forget to include a copy of **all pages** of your most recent water and/or wastewater bill. (Bills from Dublin San Ramon Services District must be overdue; all others can be current bills.)



**LIHWAP** is a temporary, federally-funded COVID-relief program to help households experiencing low income with a one-time payment on their water or sewage bill which may have accrued during any time frame. Assistance **up to \$15,000** is in the form of a direct payment to the participating water or wastewater service.



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

❖ 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](http://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.

قسم خدمات المجتمع والتنمية

نموذج تسجيل بيانات للطاقة

CSD 43 (10/2022)

للاستخدام الرسمي فحسب:		نقاط الأولوية		A.C.C.		تاريخ شهادة الأهلية		تاريخ تسجيل البيانات:		الأحرف الأولى لتسجيل البيانات:		الهيئة:	
تاريخ الميلاد		اسم العائلة		الحرف الأول الأوسط		الاسم الأول		عنوان الخدمة - العنوان الذي تعيش فيه (لا يمكن أن يكون هذا عنوان مكتب بريد)		رقم الوحدة		عنوان الخدمة	
شهر/يوم/سنة		ولاية الخدمة		مقاطعة الخدمة		مدينة الخدمة		الرمز البريدي للخدمة		هل عشت في هذا السكن خلال كل شهر من الأشهر الـ 12 الماضية؟		هل عنوان الخدمة الخاص بك هو نفس العنوان البريدي؟	
رقم الوحدة		ولاية العنوان البريدي		مقاطعة العنوان البريدي		مدينة العنوان البريدي		رقم الضمان الاجتماعي (SSN):		هل تملك أو تستأجر منزلك؟		هل عنوان الخدمة الخاص بك هو نفس العنوان البريدي؟	
رقم الهاتف ( )		رقم الهاتف ( )		رقم الهاتف ( )		رقم الهاتف ( )		رقم الهاتف ( )		هل تملك أو تستأجر منزلك؟		هل عنوان الخدمة الخاص بك هو نفس العنوان البريدي؟	
رقم الوحدة		ولاية العنوان البريدي		مقاطعة العنوان البريدي		مدينة العنوان البريدي		رقم الضمان الاجتماعي (SSN):		عنوان البريد الإلكتروني:		عنوان البريد الإلكتروني:	

الأشخاص الذين يعيشون في المنزل		الدخل	
أدخل العدد الإجمالي للأشخاص الذين يعيشون في الأسرة، بما في ذلك نفسك		أدخل العدد الإجمالي للأشخاص الذين يتلقون دخلاً	
التركيبات السكانية: أدخل عدد الأشخاص في الأسرة المعيشية الذين:		دخل إجمالي الدخل الشهري لجميع الأشخاص الذين يعيشون في الأسرة:	
الأعمار من 0 إلى 2 سنوات		TANF / CalWorks	
الأعمار من 3 إلى 5 سنوات		SSI / SSP	
الأعمار من 6 إلى 18 عامًا		SSA / SSDI	
الأعمار من 19 إلى 59		الراتب (الرواتب)	
للأعمار من 60 عامًا فأكثر		الميزة	
ذوو الإعاقة		التقاعد	
أمريكي أصلي		أخرى	
عامل زراعي موسمي أو مهاجر		إجمالي الدخل الشهري	

أفراد الأسرة المعيشية	
أدخل المعلومات أدناه لجميع أفراد الأسرة المعيشية.	
إذا كان لديك أكثر من 6 أشخاص في منزلك، فيرجى إدراج المعلومات على جزء منفصل من الورق.	
مقدم الطلب (أحد أفراد الأسرة 1)	
الاسم الأول	.M.I.
العلاقة بمقدم الطلب شخصي	اسم العائلة
تاريخ الميلاد:	العرق:
الجنس:	الهنود الأمريكيون أو سكان الأسكا الأصليين <input type="checkbox"/> الآسيويون <input type="checkbox"/>
ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	السود أو الأمريكيون الأفارقة <input type="checkbox"/>
أخرى <input type="checkbox"/>	الأصليون في هاواي أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> البيض <input type="checkbox"/>
غير معروف/يرفض القول <input type="checkbox"/>	متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول <input type="checkbox"/>
مبلغ الدخل الشهري الإجمالي (قبل الضرائب):	مصدر الدخل:

## فرد الأسرة 2

العلاقة بمقدم الطلب	اسم العائلة	M.I.	الاسم الأول
إسباني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول	الهنود الأمريكيون أو سكان ألاسكا الأصليون <input type="checkbox"/> الآسيويون السود أو الأمريكيون الأفارقة الأصليون في هاواي أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> البيض متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول	العرق:	تاريخ الميلاد:
			الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول
مصدر الدخل:		مبلغ الدخل الشهري الإجمالي (قبل الضرائب):	

## فرد الأسرة 3

العلاقة بمقدم الطلب	اسم العائلة	M.I.	الاسم الأول
إسباني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول	الهنود الأمريكيون أو سكان ألاسكا الأصليون <input type="checkbox"/> الآسيويون السود أو الأمريكيون الأفارقة الأصليون في هاواي أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> البيض متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول	العرق:	تاريخ الميلاد:
			الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول
مصدر الدخل:		مبلغ الدخل الشهري الإجمالي (قبل الضرائب):	

## فرد الأسرة 4

العلاقة بمقدم الطلب	اسم العائلة	M.I.	الاسم الأول
إسباني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول	الهنود الأمريكيون أو سكان ألاسكا الأصليون <input type="checkbox"/> الآسيويون السود أو الأمريكيون الأفارقة الأصليون في هاواي أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> البيض متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول	العرق:	تاريخ الميلاد:
			الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول
مصدر الدخل:		مبلغ الدخل الشهري الإجمالي (قبل الضرائب):	

## فرد الأسرة 5

العلاقة بمقدم الطلب	اسم العائلة	M.I.	الاسم الأول
إسباني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول	الهنود الأمريكيون أو سكان ألاسكا الأصليون <input type="checkbox"/> الآسيويون السود أو الأمريكيون الأفارقة الأصليون في هاواي أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> البيض متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول	العرق:	تاريخ الميلاد:
			الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول
مصدر الدخل:		مبلغ الدخل الشهري الإجمالي (قبل الضرائب):	

## فرد الأسرة 6

العلاقة بمقدم الطلب	اسم العائلة	M.I.	الاسم الأول
إسباني/لاتيني/إسباني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول	الهنود الأمريكيون أو سكان ألاسكا الأصليون <input type="checkbox"/> الآسيويون السود أو الأمريكيون الأفارقة الأصليون في هاواي أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> البيض متعدد الأعراق <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول	العرق:	تاريخ الميلاد:
			الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> غير معروف/يرفض القول
مصدر الدخل:		مبلغ الدخل الشهري الإجمالي (قبل الضرائب):	

هل تتلقى أنت أو أي شخص في أسرتك حاليًا (قسائم الطعام) لبرنامج CalFresh؟  نعم  لا

## دفع الفاتورة

في أي فاتورة طاقة (اختر واحدة فقط) تريد تطبيق ميزة LIHEAP؟ (أرفق نسخة كاملة من أحدث فاتورة أو إيصال)

الغاز الطبيعي  والكهرباء  والخشب  والبروبان  وزيت الوقود  والكيروسين  والكريات  الخشبية المصنعة  وأنواع الوقود الأخرى

أدخل شركة الطاقة ورقم الحساب:

اسم الشركة: \_\_\_\_\_ رقم الحساب: \_\_\_\_\_

هل تم إيقاف تشغيل خدمة المرافق الخاصة بك؟  نعم  لا

هل لديك إشعار فات استحقاقه؟  نعم  لا

هل المرافق الخاصة بك مشمولة في الإيجار أو يتم فردها من الباطن؟  نعم  لا

هل جميع المرافق الخاصة بك كهربائية؟  نعم  لا

هل شركة الغاز الطبيعي الخاصة بك هي نفسها شركة الكهرباء الخاصة بك؟  نعم  لا

## خدمة الخشب أو البروبان أو زيت الوقود (WPO)

هل نفذ وقودك حاليًا؟ (الخشب والبروبان والزيت والكيروسين وأنواع الوقود الأخرى)  نعم  لا  لا ينطبق

ضع قائمة بالعدد التقريبي للأيام حتى نفاذ الوقود (الخشب والبروبان والزيت والكيروسين وأنواع الوقود الأخرى).

عدد الأيام: \_\_\_\_\_  لا ينطبق

## معلومات الطاقة

الأسئلة التالية إلزامية. يرجى التحقق من جميع مصادر الطاقة المستخدمة لتدفئة منزلك.

يجب تقديم نسخة من جميع فواتير الطاقة الحديثة و/أو الإيصالات لأي تكلفة للطاقة المنزلية.

ملاحظة: يجب إرفاق نسخة من فاتورة الكهرباء حتى إذا كنت لا تستخدم الكهرباء لتدفئة منزلك.

ما هو الوقود الرئيس المستخدم لتدفئة منزلك؟ يجب فحص مصدر تسخين رئيس واحد.

الغاز الطبيعي  والكهرباء  والخشب  والبروبان  وزيت الوقود  والكيروسين  والكريات  الخشبية المصنعة  وأنواع الوقود الأخرى

بالإضافة إلى مصدر التدفئة الرئيس، هل سبق لك استخدام أي مما يلي لتدفئة منزلك (يمكنك اختيار أكثر من مصدر):

الغاز الطبيعي،  الكهرباء،  الخشب،  البروبان،  زيت الوقود،  الكيروسين،  الكريات الخشبية  المصنعة،  الوقود  الأخر  لا ينطبق

هل أنت صاحب الحساب: فاتورة الكهرباء  نعم  لا فاتورة الغاز الطبيعي  نعم  لا

سيتم استخدام المعلومات الواردة في هذا التطبيق لتحديد أهليتي للحصول على المساعدة والتحقق منها. من خلال التوقيع أدناه، أعطي موافقتي (الإذن) إلى CSD ومقاوليها ومستشاريها والوكالات الفيدرالية أو الحكومية الأخرى (شركاء CSD) وشركة المرافق الخاصة بي ومقاوليها، لمشاركة المعلومات حول حساب المرافق الخاص بأسرتي واستخدام الطاقة و/أو المعلومات الأخرى اللازمة لتقديم الخدمات والمزايا لي كما هو موضح في نهاية النموذج. ستكون موافقتي سارية المفعول للفترة التي تبدأ قبل 24 شهرًا وتستمر لمدة 36 شهرًا بعد التاريخ الموقع أدناه. أفهم أنه إذا تم رفض طلبي للحصول على مزايا أو خدمات LIHEAP/DOE، أو إذا تلقيت استجابة غير مناسبة أو أداء غير مرض، فقد أقوم بتقديم استئناف كتابي مع موافقة الخدمة المحلي وستتم مراجعة الاستئناف في موعد لا يتجاوز 15 يومًا بعد استلام الاستئناف. إذا لم أكن راضيًا عن قرار موافقة الخدمة المحلي، فيجوز لي بعد ذلك الاستئناف لدى إدارة خدمات المجتمع والتنمية وفقًا للمادة 22 من قانون كاليفورنيا للوائح القسم 100805. إذا كان ذلك ممكنًا، فإنني أصرح بموجب هذا بتثبيت تدابير التحجوة في مقر إقامتي دون أي تكلفة بالنسبة لي. أقر، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أن المعلومات الواردة في هذا التطبيق صحيحة وسليمة، وأن الأموال المستلمة ستستخدم لغرض دفع تكاليف الطاقة الخاصة بي فحسب.

X

\*\*\* توقيع مقدم الطلب \*\*\*

التاريخ

اسم الهيئة: خدمات المجتمع والتنمية (CSD). الوحدة المسؤولة عن الصيانة: برنامج المساعدة في الطاقة المنزلية (HEAP). السلطة: يقوم قسم القانون الحكومي 16367.6 (أ) باختيار CSD باعتبارها الوكالة المسؤولة عن إدارة HEAP. الغرض: سيتم استخدام المعلومات التي تقدمها لتحديد إذا كنت مؤهلاً للحصول على مدفوعات LIHEAP و/أو خدمات التحجوة. تقديم المعلومات: هذا البرنامج تطوعي. إذا اخترت التقدم بطلب للحصول على المساعدة، فيجب عليك تقديم جميع المعلومات المطلوبة. معلومات أخرى: تستخدم CSD تعريفات إحصائية من التحديث السنوي لمتوسط الدخل الحكومي لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، والمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر، لتحديد الأهلية للبرنامج. أثناء معالجة الطلب، قد يحتاج المقاول من الباطن المعين من CSD إلى مطالبتك بمزيد من المعلومات لتحديد أهليتك لأي من البرنامجين أو كليهما. إمكانية الوصول: سيحتفظ المقاول من الباطن المعين من CSD بطلبك المكتمل والمعلومات الأخرى، في حالة استخدامها، لتحديد أهليتك. لديك الحق في الوصول إلى جميع السجلات التي تحتوي على معلومات حولك. لا تميز CSD في تقديم الخدمات على أساس العرق أو العقيدة الدينية أو اللون أو الأصل القومي أو النسب أو الإعاقة الجسدية أو الإعاقة العقلية أو الحالة الطبية أو الحالة الاجتماعية أو الجنس أو العمر أو التوجه الجنسي.

مقدم الطلب: لا تملأ المعلومات أدناه. هذا القسم للاستخدام الرسمي فحسب.

يتم تقديم المساعدة في المرافق بموجب أي برنامج ←  HEAP  Fast Track  HEAP  WPO  ECPO

الاستحقاق الأساس WPO \$ \_\_\_\_\_ الملحق \$ \_\_\_\_\_ إجمالي الميزة \$ \_\_\_\_\_

إجمالي تكلفة الطاقة \_\_\_\_\_ عبء الطاقة \_\_\_\_\_

خدمات الطاقة المستعادة بعد قطع الاتصال:  نعم  لا تم منع انقطاع خدمات الطاقة:  نعم  لا

تمت الإشارة إلى الصفحة الرئيسية لـ WX:  تم تجوية المنزل بالفعل:

Department of Community Services and Development  
Account Holder Authorization and Consent Form  
CSD 081 (12/17)

اسم (أسماء) صاحب الحساب وعنوان البريد

الاسم الكامل لصاحب الحساب		
الوحدة (إن وجدت)		عنوان بريد (شارع) صاحب الحساب
الرمز البريدي	الولاية	(المدينة)
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		هل أن عنوان خدمة المرفق هو نفسه عنوان بريد صاحب الحساب؟
الاسم الكامل لمقدم طلب الإعانات (من النموذج 43)		
رقم الوحدة (إن وجدت)	عنوان خدمة المرفق (الشارع)	
الرمز البريدي	الولاية كاليفورنيا	(المدينة)

معلومات عن المرفق

الرجاء إدخال اسم شركة المرافق ورقم حساب الخدمة في أدناه  
(يمكنك العثور على رقم الحساب على فاتورتك). إذا قدمت شركات مختلفة خدمات الكهرباء والغاز، الرجاء إدخال اسم ورقم حساب كلا المرفقين.

اسم شركة المرافق العمومية	رقم حساب الخدمة
اسم شركة المرافق العمومية (إذا كانت لديك شركة مرافق عمومية أخرى)	رقم حساب الخدمة

التفويض والموافقة

بالتوقيع على هذا النموذج، أنت (صاحب الحساب) تمنح تفويضك وموافقتك (إذك) إلى CSD ومقاوليها ومستشاريها ووكالات فيدرالية أخرى أو تابعة للولاية ولشركة المرافق العمومية التي تقدم لك الخدمات ومقاوليها، لتقاسم المعلومات عن حساب المرافق العمومية في عقارك، واستخدام العداد وبيانات استهلاك الطاقة، ومعلومات أخرى حسب الحاجة للفترة التي تبدأ 24 شهرًا قبل تاريخ التوقيع أدناه، وتستمر لفترة 36 شهرًا بعد ذلك. سوف تُستخدم المعلومات التي زودتنا بتفويض للحصول عليها وتقاسمها لغرض تقييم الاستخدام المنزلي لمستفيدي البرنامج لكي تتمكن CSD من القيام بما يلي: (أ) قياس فعالية الخدمات التي نقدمها عن طريق تحديد مبلغ تخفيض فواتير المرافق العمومية وكمية انبعاثات الكربون (تلوث الهواء) التي تقوم خدماتنا بتخفيضها، و (ب) إبلاغ هذه النتائج إلى السلطات الفيدرالية والسلطات الولاية التي تمول برامج المساعدة والإشراف عليها في كاليفورنيا. تستخدم CSD ومقاوليها ومستشاريها ووكالات أخرى تابعة للحكومة الفيدرالية والولاية والبرامج التابعة لها (شركاء CSD)، التي تعمل بالتعاون مع شركات المرافق العمومية ومقاوليها الذين يقدمون لك الخدمات، هذه المعلومات لتقديم الخدمات التي تساعد الأسر ذات الدخل المنخفض، مثل أسرة مقدم الطلب، لدفع فواتيرها للطاقة المنزلية وإدارة احتياجات الطاقة تلك للأغراض المبينة في هذا التفويض.

توقيع صاحب الحساب	التاريخ	اسم مقاول CSD/المنظمة الشريكة
-------------------	---------	-------------------------------

إلغاء التفويض والموافقة

أنت توافق على بقاء موافقتك نافذة المفعول لغاية 36 شهرًا اعتبارًا من تاريخ التوقيع على هذا التفويض، إلا في حالة إلغائها خلاً لذلك بإشعار خطي مرسل بالبريد إلى: CSD، قسم خدمات الطاقة والبيئة، 2389 جيتواي أوكس درايف، مكتب رقم 100، ساكرامنتو، كاليفورنيا 95833. ويكون الإلغاء نافذ المفعول عند استلامه، ولكن لا ينطبق على أي معلومات تم تقاسمها عندما كان التفويض نافذ المفعول.

البرامج المطبقة

تشمل بعض البرامج التي تشرف عليها CSD أو تشارك معها ما يلي:

- برنامج CSD الفيدرالي لمساعدة الأسر ذات الدخل المنخفض في مجال الطاقة المنزلية (LIHEAP)
- برنامج CSD الفيدرالي للمساعدة في تحسين المنازل ضد المناخ التابع لإدارة الطاقة (DOE WAP).
- برنامج الولاية لتحسين منازل الأسر ذات الدخل المنخفض ضد المناخ (LIWP)
- برنامج إدارة الإسكان والتطوير الحضري (HUD) للتحكم في مخاطر الرصاص والمنازل الصحية
- برنامج شركة المرافق للمساعدة في توفير الطاقة (ESA)
- برنامج شركة المرافق في كاليفورنيا لأسعار الطاقة البديلة (CARE)

## تصديق الدخل والمصروفات

أنك مطالب بتكملة هذا النموذج لأنك طلبت مساعدة، وبيّنت بأن جميع أفراد أسرتك لا يمكنهم تقديم إثبات الدخل. تشترط ولاية كاليفورنيا على مقدم الطلب الإبلاغ عن كافة مصادر الدخل. سوف يساعدنا هذا النموذج في فهم كيفية تسديد نفقاتك. يرجى تكملة المعلومات التالية:

الاسم والعنوان	
الاسم:	
العنوان:	

القسم 1: هل توجد لديك مصادر دخل نسيت الإبلاغ عنها؟				
نعم	لا	خلال الشهر الماضي هل تم توظيفك بدوام جزئي؟		
نعم	لا	خلال الشهر الماضي هل عملت لحسابك الشخصي؟		
نعم	لا	خلال الشهر الماضي هل تلقيت النقود عن أي عمل قمت به من حين لآخر، مثل تنظيف الباحة، رعاية الطفل، التبرع بالدم، إلخ؟		
نعم	لا	خلال الشهر الماضي هل تلقيت أي هدايا نقدية من أي شخص؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر اسم الشخص الذي أعطاك الهدية ورقم هاتفه:		
نعم	لا	خلال الشهر الماضي هل تلقيت أي شيء مما يلي؟ (ارسم دائرة حول كل ما ينطبق)		
		تعويض العامل	البطالة	إعانات تحت رعاية حكومية
		نفقة الطفل		
نعم	لا	هل تلقيت أي مما يلي (ارسم دائرة حول ما ينطبق):		
		دفعات كازينو عشائري	تقاعد	دفعات سنوية
		إعانات التأمين	دخل الإيجار	إعانات التأمين

ضع ختم كاتب العدل في أدناه، إذا لزم الأمر (DOE فقط) أو ضع توقيع المدير التنفيذي هنا.

القسم 2: هل تنفق مدخراتك أو تستدين المال لتغطية مصروفاتك الشهرية؟		
نعم	لا	هل تستخدم المدخرات أو قرض بضمان المنزل؟ ما هو المبلغ؟
نعم	لا	هل تستخدم بعض الأصول الأخرى؟ كم هو المبلغ؟
نعم	لا	هل تقترض من بطاقات ائتمان؟ كم هو المبلغ؟
نعم	لا	هل تقترض من مصدر آخر؟ كم هو المبلغ؟

القسم 3: الرجاء إعلامنا عن كيفية تسديد هذه المصروفات الشهرية خلال الأشهر السابقة			
المصرف	التكلفة الشهرية	كيف تم دفع المصروف؟	إذا دفع شخص آخر بدلا عنك، الرجاء أكمل:
الإيجار أو القرض المنزلي	\$		الاسم: العنوان: رقم الهاتف:
فواتير الخدمات العامة	\$		الاسم: العنوان: رقم الهاتف:
الطعام	\$		الاسم: العنوان: رقم الهاتف:

القسم 4: إذا لم ينطبق عليك أي مما جاء أعلاه، يرجى بيان كيف تم دفع المصروفات الشهرية:


التوقيع:

بالتوقيع على هذا النموذج، أؤكد بأن هذه الحقائق دقيقة وصحيحة. وأمنح مقدم الخدمة إذني للتحقق من هذه المعلومات. يمكن أن أكون مسؤولاً بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية لتزويد بيانات كاذبة أو مزورة.

التاريخ

التوقيع