



2023 PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA EN SU HOGAR

Complete la solicitud *solo con Tinta Azul o Negra* y firme donde se indica

FORMAS DE DEVOLVER SU APLICACIÓN

ESTAS APLICACIONES TIENEN FECHA DE EXPIRAR EN 30 DÍAS DESPUÉS DE FIRMALAS

Afuera de oficina DROP BOX:

Afuera de oficina está una caja para regresar aplicaciones completas y Caja para recoger una

Por Correo: 3970 Short St Suite 110,

San Luis Obispo, CA 93401

Por Email: Water@capslo.org

Por Fax: 805-594-1065

Preguntas? Llame al : 805-541-4122 x 114 y 115

El programa de [Asistencia de Agua en su Hogar \(LIHWAP\)](#) es un pago único para ayudarle a pagar su factura de Agua o Aguas residuales.

Debe recibir el servicio de un sistema de agua comunitario o de un proveedor de tratamiento de aguas residuales que participe en nuestro programa.

Se excluyen los pozos privados y fosa séptica
Visite nuestro sitio web para obtener una lista de proveedores
participantes

La elegibilidad se basa en el tamaño del hogar y el ingreso bruto mensual. Los ingresos del hogar no deben exceder las siguientes cantidades.

<u>Personas en el hogar</u>	<u>Ingreso Mensual</u>
1	\$2,700.17
2	\$3,531.00
3	\$4,361.83
4	\$5,192.75
5	\$6,023.59
6	\$6,854.43
7	\$7,010.21
8	\$7,166.00
9	\$7,321.78
10	\$7,477.56

Se requieren los siguientes documentos junto con su solicitud firmada:

Asegúrese de completar todas las secciones, incluyendo la fecha de nacimiento para cada miembro del hogar.

Prueba de identificación del Gobierno:

Tarjeta de identificación estatal (ID)

Licencia de conducir

Pasaporte de EE. UU. o tarjeta de pasaporte



La factura del agua debe estar a nombre del solicitante o de algún miembro del hogar.

La factura de agua o aguas residuales más reciente que muestre el monto adeudado o el aviso de corte.

Ingresos Del Hogar :

Favor de Incluir todos los Ingresos en su Aplicación:

Ingresos del hogar deben de ser los más recientes (dentro de las últimas 6 semanas) Esto es necesario de todos los miembros del hogar.

Si usted o algún miembro en su hogar tienen **Zero** ingresos que reportar, tienen que completar la forma **Certificación de Ingresos y Gastos(CSD 43B)** y **explicar en la sección 4 cómo es que todos los gastos se han estado pagando.**

Talones de Cheques de empleo:

Copias de todos los talones de pago de las últimas 6 semanas, pago consecutivo, completo(del mes). Si falta uno de los talones de pago, favor incluir una explicación detallada.

EDD Talones de Desempleo:

Copias de talones consecutivos durante un mes. Copias con nombre completo y demostrado pago por las últimas 6 semanas.

Talones de Comprobación de Discapacidad (EDD - Workers Compensation)

Copias de talones consecutivos durante las últimas 6 semanas
(Si fue negado favor de mostrar de negación)

Manutención de hijos(Child Support):

Ingresos de las últimas 6 semanas .Si paga en efectivo o con cheque, se debe proporcionar una declaración escrita del padre que paga la manutención de los hijos.Se debe indicar el monto total mensual de la manutención pagada, la fecha, la firma, la información de contacto y la dirección.

Pensión Manutención del Cónyuge:

Ingresos de las últimas 6 semanas

Trabajos pagados en efectivo:

(Trabajos Ocasionales) Escriba en la forma "**LIHEAP Declaración**" en breve qué tipo de trabajo hace y qué tipo de ingreso recibe por las últimas 6 semanas. Esta forma está adjunto con este paquete.

Asistencia continua de Familia o Amigos :

Necesitamos una carta de cada familiar o amigos que le ha asistido por las últimas 6 semanas para los gastos de su hogar.

Esta carta tiene que incluir Nombre completo, con dirección y número de teléfono con una firma y explicando en detalle.

Beneficios del Seguro Social (SSA)/ Discapacidad de Seguro Social (SSDI)

Carta de Adjudicación, del año en curso. Un statement del banco con el depósito directo con la fecha reciente en las últimas 6 semanas.

Ingreso Suplementarios de Seguro Social (SSI):

Carta de Adjudicación, del año en curso. Un statement del banco con el depósito directo con la fecha reciente en las últimas 6 semanas.

Pensión/ Anualidades:(Ingreso BRUTO Mensual)

Verificación de pensión mensual actual. No aceptamos depósito directo o un statement del banco.

Ayuda Monetaria (CALWORKS)/ TANF (Cash Aid):

Carta de Adjudicación de notificación de acción para el mes y año en curso. Puede ir a la página web mybenefitscalwin.org para imprimir una copia o hablar con su trabajador social.

Trabajador de su propia cuenta:

Una copia del Formulario de impuestos 1040 más actualizado y el Anexo C. Necesitamos ambos. Proporcione 2 statements bancarios mas actualizados y detallados para la cuenta comercial. Junto con un estado de Pérdidas y Ganancias del último mes.

Ingresos de Alquiler:

Si usted está recibiendo ingresos de inquilinos en su casa favor de enseñar copia del cheque de alquiler ó un contrato de alquiler ó contrato de arrendamiento del inquilino por el monto que reciba.

Incluya también lo siguiente (Si Corresponde)

Cupones de Alimentos:

Aviso de acción mes y año actual. Puede ir a la página web mybenefitscalwin.org ó contatar a su trabajadora social.

Vivienda para personas de bajos ingresos: Sección 8 HUD

Carta de Adjudicación para el mes y año actual.

Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario

Formulario de admisión del LIHWAP

CSD 41 (04/2022)

<i>Solo para uso oficial:</i>	
A.C.C.	
Fecha de cert. de elegibilidad	

Agencia:	Iniciales de ingreso:	Fecha de ingreso:	
Nombre	Inicial segundo	Apellido	Fecha de nacimiento MM/DD/AA
DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS – Dirección donde vive (esta <i>no puede</i> ser una casilla postal)			
Dirección de los servicios			Número de unidad
Ciudad de los servicios	Condado de los servicios	Estado de los servicios	Código postal de los servicios
¿Su dirección de los servicios es la misma que la dirección postal?.....			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es dueño o alquila su hogar?.....			<input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Alquila
Dirección postal			Número de unidad
Ciudad de envío	Condado de envío	Estado de envío	Código postal de envío
Número del Seguro Social(SSN):		Número de teléfono ()	
Dirección de correo electrónico:			

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Ingrese el número total de personas que viven en el hogar, incluyéndose a usted. ➔	○	INGRESO Ingrese el número total de personas que reciben ingresos ➔	○
<i>Información demográfica: Ingrese el número total de personas en el hogar que tengan:</i>		<i>Ingrese el ingreso mensual bruto de todas las personas que viven en el hogar:</i>	
Entre 0 y 2 años		TANF / CalWorks	\$
Entre 3 y 5 años		SSI / SSP	\$
Entre 6 y 18 años		SSA / SSDI	\$
Entre 19 y 59 años		Nómina de pago	\$
60 años o más		Interés	\$
Discapacidad		Pensión	\$
Indoamericana		Otro	\$
Obrero agrícola temporal o migrante		Ingreso Total Mensual	\$

MIEMBROS DEL HOGAR
A CONTINUACIÓN INGRESE LA INFORMACIÓN DE **TODOS** LOS MIEMBROS DEL HOGAR.
Si hay más de 7 personas en su hogar, indique la información en un 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"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	Cantidad de ingreso bruto mensual (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"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (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"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (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"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (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"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (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"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 7

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		

<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):	Fuente de ingresos:	

¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalFresh (Cupones de Alimentos)? Sí No
 ¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalWorks (asistencia con dinero en efectivo)? Sí No
 ¿Usted o alguien de su hogar recibieron asistencia LIHEAP en los últimos 120 días? Sí No

PAGAR FACTURA

¿A qué factura quiere que se aplique el beneficio LIHWAP, lo que incluye los estados de cuenta del impuesto sobre la propiedad (SELECCIONE SOLO UNA)? (Adjunte una copia completa de la factura o el recibo más recientes)

Factura del agua Factura de tratamiento de aguas residuales El agua y el tratamiento de aguas residuales están combinadas en una sola factura

Ingrese la empresa de agua/tratamiento de aguas y el número de cuenta:

Nombre de empresa: _____ Número de cuenta: _____

¿Su servicio público está cortado? Sí No

¿Tiene un aviso de factura vencida o saldo vencido en su factura? Sí No

¿Sus servicios públicos se incluyen en el alquiler o tiene una cuenta con medidor individual? Sí No

La información de esta solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para obtener asistencia. Al firmar, doy mi consentimiento (permiso) a CSD, sus contratistas, consultores, otras agencias federales o estatales (socios de CSD) y a mi empresa de servicio público y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de servicio público de mi hogar, además de otras informaciones necesarias para proporcionarme servicios y beneficios, según se describe al final del formulario. Comprendo que si se rechaza mi solicitud de beneficios LIHWAP o si recibo una respuesta tardía o un rendimiento insatisfactorio, puedo iniciar una apelación por escrito ante el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará a más tardar 15 días después de su recepción. Si no estoy satisfecho con la decisión del proveedor local de servicios, puedo apelar ante el Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario, de conformidad con el Título 22 del Código de Reglamentos de California, sección 100805. Declaro, bajo pena de perjuicio, que la información de esta solicitud es verdadera, correcta y los fondos recibidos se utilizarán solamente con el fin de pagar mis gastos de agua y tratamiento de aguas.

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

NOMBRE DE LA AGENCIA: Servicios y Desarrollo Comunitario (CSD, Community Services and Development). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Low Income Household Water Assistance Program (LIHWAP, Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos). AUTORIDAD: El Código de Gobierno, sección 12087.2 (b) nombra a CSD como la agencia responsable de administrar LIHWAP. PROPÓSITO: La información que proporcione se utilizará para decidir si es elegible para un beneficio LIHWAP. OTORGAR INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información necesaria. OTRA INFORMACIÓN: El CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual del Ingreso medio del estado, Nivel federal de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para determinar la elegibilidad en el programa. Es probable que durante el proceso de solicitud, el contratista designado por el CDS tenga que pedirle más información para decidir su elegibilidad. ACCESO: El subcontratista designado por el CDS guardará su solicitud llenada y demás información, si se utiliza, para determinar su elegibilidad. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contienen información sobre usted. El CDS no discrimina en la disposición de servicios según raza, creencias religiosas, color, nacionalidad, ascendencia, discapacidad física, discapacidad mental, condición médica, estado civil, sexo, edad u orientación sexual.

SOLICITANTE: NO RELLENE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.

Beneficio total de LIHWAP \$ _____

Gasto total de agua o tratamiento de aguas (solo costo de agua) \$ _____ Costo de agua _____

Servicios de agua restablecido después de un corte: Sí No Se evitó el corte de servicios de agua: Sí No

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)					
		<table border="1"> <tr> <td>COMPENSACION DEL TRABAJO</td> <td>DESEMPLEO</td> <td>PROGRAMA DEL GOBIERNO</td> <td>MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS</td> </tr> </table>	COMPENSACION DEL TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	
COMPENSACION DEL TRABAJO	DESEMPLEO	PROGRAMA DEL GOBIERNO	MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS				
SÍ	NO	Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)					
		<table border="1"> <tr> <td>PAGOS DE ANUALIDADES</td> <td>PENSIÓN</td> <td>PAGOS TRIBALES DE CASINO</td> <td>LOS INGRESOS POR ALQUILER</td> <td>BENEFICIOS DE SEGURO</td> </tr> </table>	PAGOS DE ANUALIDADES	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE CASINO	LOS INGRESOS POR ALQUILER	BENEFICIOS DE SEGURO
PAGOS DE ANUALIDADES	PENSIÓN	PAGOS TRIBALES DE CASINO	LOS INGRESOS POR ALQUILER	BENEFICIOS DE SEGURO			

Put Notary stamp below, if needed (DOE only) or have Executive Director Sign here

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? _____

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	\$		<table border="1"> <tr> <td>Nombre:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> <tr> <td>Dirección:</td> <td></td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
Nombre:	Teléfono:						
Dirección:							
Facturas de servicios públicos	\$		<table border="1"> <tr> <td>Nombre:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> <tr> <td>Dirección:</td> <td></td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
Nombre:	Teléfono:						
Dirección:							
Alimentos	\$		<table border="1"> <tr> <td>Nombre:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> <tr> <td>Dirección:</td> <td></td> </tr> </table>	Nombre:	Teléfono:	Dirección:	
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.



Complete Esta Forma Si Le Corresponde

LIHEAP DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Yo, _____

YO CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE TODAS DE LAS SIGUIENTES ES VERDADERA Y CORRECTA.

Firma: _____

Fecha: _____