



### **Lista de verificación de los documentos precisos para Climatización**

- ❑ Copias de pruebas de los ingresos de cada adulto en la casa (por lo menos 30 días de ingresos, dentro de 6 semanas de la fecha de aplicación)
- ❑ Copia de la factura de la luz actual (por lo menos un mes de servicio, dentro de 6 semanas de la aplicación, todas las páginas)
- ❑ Copia de la factura del gas actual (por lo menos un mes de servicio, dentro de 6 semanas de la aplicación, todas las páginas)
- ❑ Para quienes viven en casa móviles: tarjeta de registración o título para aprobación.
- ❑ Si se tiene, una copia de los beneficios actuales CalFresh (EBT)
- ❑ Una copia del carnet de identificación emitido por el estado de el/la solicitante (Licencia, etc.- ES ABSOLUTAMENTE PRECISO QUE TENGA FOTO)

### **Lista de verificación de los documentos que precisan firmarse**

- ❑ **CSD 43:** Llenado por el/la ocupante (solicitante).
- ❑ **CSD 43B:** Cualquier miembro de la casa con más que 18 años sin pruebas de ingresos tiene que llenar este formulario. Si cada miembro de la casa tiene pruebas, se puede ignorar.
- ❑ **Authorization & Release Form:** Lo tienen que firmar el dueño de la propiedad y el inquilino.
- ❑ **CSD 515A:** Lo llena el ocupante por parte del dueño o el inquilino.
- ❑ **CSD 515B:** Lo llena solo el dueño. Si el/la solicitante es dueño, este formulario se ignorará. (\*Si lo firma el mánager y no el dueño, favor de incluir una tarjeta con los datos del firmante o una copia del contrato con la firma del mánager.)
- ❑ **Time Frame Acknowledgement:** firmado por solicitante.
- ❑ **CSD 81:** Solo si la factura no se emite bajo el nombre del solicitante, la persona cuyo nombre sale en la factura tiene que firmar este formulario.

### **Entregar aplicaciones por una de estas rutas:**

(Usted puede sacar fotos *detalladas* y mandarmelas también)

**EMAIL:** [weatherization@maravilla.org](mailto:weatherization@maravilla.org)

**Enviar o entregar en persona:** Maravilla Foundation, attn.: Weatherization, 5721 E. Union Pacific Ave., Commerce, CA 90022

**Llamar para recogimiento:** Buscaremos quién la recoja.

**Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo**

Formulario de admisión de energía

CSD 43 (11/2023)

<i>Solo para uso oficial</i>	
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 (*no puede ser un apartado de correos*)

Dirección de servicio			Número de unidad
Ciudad	País	Estado	Código postal

¿Ha vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses? .....  Sí  No  
 ¿Es su dirección de servicio la misma que la dirección postal?.....  Sí  No  
 ¿Es propietario o alquila su vivienda?.....  Propiedad  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):										Número de teléfono ( )
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

<p><b>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR</b></p> <p>Introduzca el número total de personas que viven en el hogar, incluido usted mismo.</p>		<p><b>INGRESOS</b></p> <p>Indique el número total de personas que perciben ingresos</p>	
<p><i>Demografía. Indique el número de personas que viven en el hogar que tienen:</i></p>		<p><i>Introduzca el total de ingresos <b>brutos</b> mensuales de <b>todas</b> las personas que viven en el hogar:</i></p>	
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		<b>Total de ingresos mensuales</b>	<b>\$</b>

**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		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
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		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
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		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
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		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		
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 Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar			
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 Hawai u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar		¿Hispano/latino/español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No desea especificar			
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 subcontractados?  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** Le interesan los servicios de climatización? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS**. Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su vivienda. **Proporcione** una copia de **todas** las facturas actuales de cualquier gasto energético doméstico. NOTA: Incluya 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

**¿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 cumpla 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.

<b>X</b>		
	<b>*** FIRMA DEL SOLICITANTE ***</b>	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:

## PRIVACY NOTIFICATION

In accordance with the Information Practices Act of 1977 and the Federal Privacy Act of 1974, the following notification is provided to the applicant for energy assistance benefits through the local agency named above.

The Low-Income Home Energy Act of 1981, as amended (LIHEAP), and/ or the Energy Conservation and Production Act, as amended (DOE-ECPA), require the applicant to provide his/her name, home address, social security number, and monthly or annual income to the local agency for determination of applicant's eligibility to receive energy assistance benefits. Failure to provide all or part of the required information will prevent processing of the application.

The information provided by the applicant will be used only for determination of eligibility for energy assistance benefits provided by the local agency pursuant to grants issued by the State of California, Department of Economic Opportunity (DEO).

All personal information provided by the applicant shall be maintained by the local agency. The local agency may share the applicant's information with other agencies administering DOE-LIWAP programs, DEO, or the U.S Department of Energy.

The applicant has a right of access to records concerning his/her personal information which are maintained by the local agency. If the applicant requires additional information pertaining to the maintenance of his/her personal information, he/she may contact DEO at 700 North 10<sup>th</sup> Street, Room 272 Sacramento, CA 95814, or telephone (916) 322-2940, attention Records Management Coordinator.

## 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 compartan 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



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR RENTAL PROPERTY OWNER

Single-Family/Mobile Home Dwelling Information				
Tenant Name		Dwelling Address		
City		Zip Code	Type Single <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/>	
Multi-Family Dwelling/Complex Information				
Number of Eligible Buildings in Complex:		Use additional pages, if necessary.		
Building #1				
Complex/Building Name (if applicable)		Building Address		
City	ZIP Code	# of Units in Building	# of Units to be Weatherized	# of Vacant & Unqualified Units
List Qualified Units		List Vacant and Unqualified Units		
Building #2				
Complex/Building Name (if applicable)		Building Address		
City	ZIP Code	# of Units in Building	# of Units to be Weatherized	# of Vacant & Unqualified Units
List Qualified Units		List Vacant and Unqualified Units		
Building #3				
Complex/Building Name (if applicable)		Building Address		
City	ZIP Code	# of Units in Building	# of Units to be Weatherized	# of Vacant & Unqualified Units
List Qualified Units		List Vacant and Unqualified Units		
Owner and Owner's Agent Information				
Owner (Print or type name)		Address		
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Owner Telephone Number	
Owner Email Address			Owner FAX Number	
<i>If the Owner uses an agent for the above-referenced property, complete <u>both</u> Owner and Agent information.</i>				
Agent (Print or type name)		Address		
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Agent Telephone Number	
Agent Email Address			Agent FAX Number	





## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR RENTAL PROPERTY OWNER

### Owner or Owner's Agent Acceptance of Terms for CSD Weatherization Services (to be completed by the Owner or Owner's Agent)

I agree to accept all of the following TERMS required for my rental property to receive services from the Department of Community Services and Development (CSD) weatherization program(s):

1. I certify that I am the Owner (or Owner's Agent) of the above-listed rental property.
2. I grant the Contractor/Agency permission to enter my property to perform assessments, conduct diagnostics, take photos only of weatherization work to be performed or deferred (as it relates to individual or whole house services), install feasible weatherization measures and perform inspections in accordance with CSD weatherization program policies and standards to the above-listed rental property.
3. I acknowledge that an assessment of my property is necessary to determine the work that can be performed and that the work that is available may be limited due to the needs and condition of my property. Identified work may not be provided if it does not meet all program requirements and specifications and may lead to full or partial deferral of work. My refusal of certain work may prevent the installation of other identified work in accordance to program requirements.
4. I shall not remove any energy conservation measures unless they are damaged or no longer functional in the rental property from where they were installed. If the replaced item (i.e. refrigerator or other appliance) was the personal property of my tenant, the tenant shall retain the replacement energy conservation measure installed by the CSD weatherization program(s).
5. Mobile home units only: I acknowledge that my property may not receive services that require a permit if the registration is not up-to-date.
6. I hereby release and pledge to hold harmless the Contractor/Agency listed below, and its staff, from any liability in connection with any work identified on a summarized list except as a consequence of gross negligence or willful and wanton misconduct.
7. I authorize the Contractor/Agency to access my complex's utility company master-metered records to obtain only energy usage data for a period of one year before and two years after weatherization measures are installed.
8. I grant the Contractor/Agency, local, State and/or Federal inspectors permission to enter the dwelling after reasonable notice to perform inspections to verify the existence and quality of work performed by the Contractor/Agency and compliance with local, State, and/or Federal building codes and programmatic guidelines and acknowledge that a permit may be required for specific weatherization work. I understand that I may be held financially responsible for the weatherization work if I refuse to allow access for inspection and permitting purposes.
9. I certify that I, as the Owner or Owner's Agent, shall ensure that gas or electric service, or both, that is provided by a master-meter to tenants shall be charged at the utilities' costs in accordance with California Public Utilities Commission Code Section 739.5 or other applicable government regulations.
10. I certify that I, as the Owner or Owner's Agent, shall not raise the rent of any weatherized unit for a period of two years from the date of weatherization because of the increased value of the unit due solely to weatherization measures provided (allowable factors for rent increase include an actual increase in property taxes, actual cost of amortizing other improvements to the property accomplished after the date of work completed by the Contractor/Agency, or actual increases in expenses of maintaining and operating this property).
11. I acknowledge and agree that this property is not for sale at the time of qualifying for the program and will not be offered for sale or otherwise distributed for at least sixty days following the completion of weatherization services.
12. I certify that I shall provide a copy of this Agreement explaining its terms to all tenants and subsequent tenants residing in the unit within the two year period. Complaint Process: In the event the provisions of this Agreement related to increased rent or the landlord's failure to decrease utility costs for master metered units are not met, tenants may contact the Contractor/Agency to submit a verbal or written complaint, which will be investigated. Contractor/Agency contact information is located on this Agreement under the section entitled, "Contractor/Agency Assurance."

#### Additional Certification for Unoccupied Multi-Unit Dwellings ONLY:

13. I agree that "rent" is defined as the tenant's monthly payment to the Owner (non-subsidized housing) or the contract rent (subsidized housing).
14. I shall submit to the Contractor/Agency a schedule of rents prior to commencement of work.
15. Federal, State or Local Government Rehabilitation Projects only: I certify that if a vacant unit is counted as being an eligible household for purposes of meeting the minimum threshold for whole building weatherization (66% rule), then the unit will become occupied by an eligible family within 180 days after the completion of weatherization (CFR 440.22(b)(2)(ii)).



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR RENTAL PROPERTY OWNER

I CERTIFY THAT I am the Owner or Owner's Agent of the Dwelling or Complex listed above, and that all given statements are true and correct to the best of my knowledge. I have read and understand these TERMS and RELEASE, and agree to be bound by all of its terms and conditions in order for my property to receive weatherization services under the CSD weatherization program(s).

Owner's (or Owner's Agent's) Signature	Date
--	------

### Contractor/Agency Assurance

Contractor/Agency (Print or type name)		Address	
CSLB Number (if applicable)	City	ZIP Code	Contractor/Agency Telephone Number
Contractor/Agency Email Address			Contractor/Agency FAX Number

*The Contractor/Agency agrees to the following:*

1. Shall be responsible for the feasible cost of weatherization measures performed other than cash contribution from the Owner or Owner Agent, if applicable, and any subsequent non-compliance.
2. Shall ensure that the Contractor/Agency is properly insured.
3. Shall ensure that work is conducted in a professional manner and meets program and building code standards.
4. Shall not make any significant structural changes to the dwelling without requesting written permission specifically describing the change from the dwelling owner.
5. Shall provide in writing a list of all weatherization measures installed in the rental unit.
6. Shall assure that the owner, or owner's agent, and tenant data shall be maintained in a confidential manner to assure compliance with the Information Practices Act of 1977, as amended, and the Federal Privacy Act of 1974, as amended.

Contractor/Agency Program Manager's Signature	Contractor/Agency Program Manager's Name (Print name)	Date
---	---	------

Required Documentation:

Rent schedule received from Property Owner, if applicable?

 Y

 N

If applicable, CSD 75 completed?

 Y

 N



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

Dwelling Information			
Select the Dwelling Type		I am the	
Single-Family <input type="checkbox"/>	Mobile Home <input type="checkbox"/>	Multi-Unit <input type="checkbox"/>	Owner-Occupant <input type="checkbox"/> Tenant <input type="checkbox"/>
Owner-Occupant or Tenant Information			
Owner-Occupant or Tenant (Print or type name)		Address	
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Telephone Number
Owner-Occupant or Tenant Email Address			Owner-Occupant or Tenant FAX Number

**Owner-Occupant or Tenant Acceptance of Terms for CSD Weatherization Services**  
*(to be completed by the Owner-Occupant or Tenant)*

I agree to accept the following TERMS required for my primary residence to receive services from the Department of Community Services and Development (CSD) weatherization programs(s):

1. I certify that the above-listed property is my primary residence.
2. I (the Owner-Occupant or Tenant), grant the Contractor/Agency permission to enter my dwelling to perform assessments, conduct diagnostics, take photos only of weatherization work to be performed or deferred (as it relates to individual or whole house services), install feasible weatherization services and perform inspections in accordance with CSD weatherization program policies and standards to the above-listed dwelling.
3. I acknowledge that an assessment of my dwelling is necessary to determine the work that can be performed and that the work that is available may be limited due to the needs and condition of my residence. Identified work may not be provided if it does not meet all program requirements and specifications and may lead to full or partial deferral of work. My refusal of certain work may prevent the installation of other identified work in accordance to program requirements.
4. I hereby release and pledge to hold harmless the Contractor/Agency listed below, and its staff, from any liability in connection with the work identified on a summarized list, except as a consequence of gross negligence or willful and wanton misconduct.
5. I authorize the Contractor/Agency to access my utility company records to obtain only energy usage data for a period of one year before and two years after weatherization measures are installed.
6. I grant the Contractor/Agency, local, State and/or Federal inspectors permission to enter the dwelling after reasonable notice to perform inspections to verify the existence and quality of work performed by the Contractor/Agency and compliance with local, State, and/or Federal building codes and programmatic guidelines and acknowledge that a permit may be required for specific weatherization work. I understand that I may be held financially responsible for the weatherization work if I refuse to allow access for inspection and permitting purposes.
7. I shall not remove any permanently installed energy conservation measures unless they are damaged or no longer functional in the residence from where they were installed.

**Additional Certifications For Owner-Occupants ONLY:**

8. I acknowledge and agree that this property is not for sale at the time of qualifying for the program and will not be offered for sale or otherwise distributed for at least sixty days following the completion of weatherization services.
9. Mobile home units only: I acknowledge that I may not receive services that require a permit if the registration on the mobile unit is not up-to-date.

**Additional Certifications For Tenants ONLY:**

10. I acknowledge that the Rental Property Owner must grant the Contractor/Agency the same permissions by signing CSD 515B Energy Service Agreement for Rental Property Owner before any services are rendered.



## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR OCCUPANT

11. I understand that the Property Owner cannot raise the rent of the unit for a period of two years from the date of weatherization because of the increased value of the unit due solely to weatherization measures provided by the Contractor/Agency (allowable factors for rent increase include an actual increase in property taxes, actual cost of amortizing other improvements to the property accomplished after the date of work completed by the Contractor/Agency, or actual increases in expenses of maintaining and operating this property).
12. I acknowledge that I have been provided a copy of this Agreement explaining its terms effective for a two year period after weatherization services have been completed. Complaint Process: In the event the provisions of this Agreement related to increased rent or the landlord's failure to decrease utility costs for master metered units are not met, tenants may contact the Contractor/Agency to submit a verbal or written complaint, which will be investigated by the Department of Community Services and Development. Contractor/Agency contact information is located on this Agreement under the section entitled, "Contractor/Agency Assurance."
13. I may retain the replacement energy conservation measure installed by the CSD weatherization program(s) if the replaced appliance was my personal property .

I CERTIFY THAT I am the Owner-Occupant or Tenant residing in the dwelling listed above that serves as my primary residence and that all given statements are true and correct to the best of my knowledge. I have read and understand these TERMS and RELEASE, and agree to be bound by all of its terms and conditions in order to receive weatherization services under the CSD weatherization program(s).

Owner-Occupant or Tenant's Signature	Date

### Contractor/Agency Assurance

Contractor/Agency (Print name)		Address	
CSLB Number (if applicable)	City	ZIP Code	Contractor/Agency Telephone Number
Contractor/Agency Email Address			Contractor/Agency FAX Number

*The Contractor/Agency agrees to the following:*

1. Shall be responsible for the feasible cost of weatherization measures performed other than cash contribution from the Owner or Owner Agent, if applicable, and any subsequent non-compliance.
2. Shall ensure that the Contractor/Agency is properly insured.
3. Shall ensure that work is conducted in a professional manner and meets program and building code standards.
4. Shall not make any significant structural changes to the dwelling without requesting written permission specifically describing the change from the dwelling owner.
5. Shall provide in writing a list of all weatherization measures installed in the unit.
6. Shall assure that the owner, or owner's agent, and tenant data shall be maintained in a confidential manner to assure compliance with the Information Practices Act of 1977, as amended, and the Federal Privacy Act of 1974, as amended.

Agency Program Manager's Signature	Agency Program Manager's Name (Print name)	Date

**CLIENT EDUCATION CONFIRMATION OF RECEIPT**

Name of Occupant	Age of Dwelling
------------------	-----------------

Address of Dwelling

**Confirmation of Receipt**

I have received the following information:

**Lead-Safe Education** – A copy of the pamphlet, *Renovate Right: Important Lead Hazard Information for Families, Child Care Providers, and Schools*, informing me of the potential risk of the lead hazard exposure from weatherization/renovation activity to be performed in my dwelling unit.

**Energy Education** – Information regarding changes I can make in order to reduce the energy consumption of my household.

**Mold and Moisture Education** - A copy of the pamphlet, *A Brief Guide to Mold and Moisture In Your Home*, informing me of how to clean up residential mold problems and how to prevent mold growth.

**Budget Counseling** - Information regarding personal financial management.

**Radon Education** - A copy of the pamphlet, *A Citizen's Guide to Radon*, informing me of the potential risk of radon and how to lower the radon level in my dwelling unit.

Signature of Recipient	Date
------------------------	------

**Self-Certification Option**

I certify that I attempted to deliver the following educational information to the dwelling listed above:

**Lead-Safe**       **Energy**       **Mold/Moisture**       **Budget Counseling**       **Radon**

*If the information was delivered but a signature was not obtainable, you may check the appropriate box below.*

**Refusal to Sign** — I certify that I have made a good faith effort to deliver the information to the dwelling unit listed above at the date and time indicated and that the occupant refused to sign the confirmation of receipt. I further certify that I have left a copy of the information at the unit with the occupant.

**Unavailable for Signature** — I certify that I have made a good faith effort to deliver the information to the dwelling unit listed above and that the occupant was unavailable to sign the confirmation of receipt. I further certify that I have left a copy of the information at the unit by sliding it under the door.

Attempted delivery dates and times

Date	Time	Date	Time	Date	Time

Signature (Agency Representative)	Print name
-----------------------------------	------------

**Mailing Option:**

I certify that I have mailed the following educational information to the dwelling listed above (attach copy of Certificate of Mailing for lead-safe education only):

**Lead-Safe**       **Energy**       **Mold/Moisture**       **Budget Counseling**       **Radon**

Signature (Agency Representative)	Print name	Date mailed
-----------------------------------	------------	-------------



Maravilla Foundation proporciona servicios de conservación de energía y mejora al hogar sin **ningún costo** a inquilinos o dueños de casa que califican de bajos recursos. El programa de bajo recursos de energía asistida (LIHEAP) y el programa de intervención de energía en crisis (ECIP) están fundados por el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo del Estado de California. Estos programas ofrecen servicios de climatización que incluye aislamiento al ático, reparación o reemplazo de puertas, pruebas de monóxido de carbono, reparaciones menores al hogar, instalación de dispositivos que ahorran energía y reparaciones o reemplazo de calentón de agua.

Hemos recibido su solicitud y su solicitud será revisada para verificar que los documentos necesarios, incluyendo todas formas de ingreso, facturas de servicios de gas y luz y la autorización de el dueño siguieron los lineamientos de elegibilidad. Sobre la aprobación de su solicitud y la elegibilidad empezará el **día que su solicitud fue aprobada y se le hará el servicio en la orden en la cual fue recibida.** Usted será contactado para hacer una cita para una primera evaluación para identificar todos los posibles servicios que califica su hogar. Debido al alto volumen de aplicaciones, se puede tardar entre seis y doce meses para que se haga la evaluación a su casa. Maravilla Foundation agradece toda su cooperación y comprensión durante el proceso y pedimos disculpa por cualquier inconveniencia.

Yo reconozco y entiendo el periodo de tiempo para la evaluación de mi hogar

Nombre de Solicitante: \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***5729 E. Union Pacific Ave; Commerce, CA 90022***

***(323)869-4600 / [www.Maravilla.org](http://www.Maravilla.org)***

## 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**



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

*Cliente/Dueño entiende y acepta todas las condiciones y términos ofrecidos por los siguientes programas:*

**VENTILACIÓN MECÁNICA:** Ventilación Mecánica podrá requerir trabajo menor incidental que incluye pero no está limitado a cortar y crear una apertura en el techo/pared para remover la instalación del abanico existente. Según sea necesario el techo interior/exterior serán parchados. Maravilla Foundation hará su mejor esfuerzo en igualar la decoración existente pero no podemos garantizarle una igualdad por el tiempo que ha estado expuesta. El techo/pared se dejará listo para pintar pero no habrá ninguna reparación de moldura, textura o pintura en el hogar.

**CALENTÓN / CALENTÓN DE AGUA:** En la reparación o reemplazo de Calentón/Calentón de agua podrá requerir trabajo menor incidental que incluye pero no está limitado a cortar y crear una apertura en la pared/techo para remover la instalación del Calentón/Calentón de agua. Según sea necesario el techo/pared serán parchados. Maravilla Foundation hará su mayor esfuerzo en igualar la decoración existente pero no podemos garantizar una igualdad por el tiempo que ha estado expuesto. La pared/techo se dejará listo para pintar pero no habrá ninguna reparación de moldura, textura o pintura en el hogar.

**HOA Reglas y Reglamentos:** Es posible que su Homeowners Association (HOA) tenga reglas y reglamentos en cuanto a modificaciones, mantenimiento, trabajo con la luz y el agua, y la apariencia de su propiedad/la propiedad en la que usted reside. El trabajo que proporciona Maravilla Foundation (MF) podría entrar en conflicto con los reglamentos de su HOA, especialmente en cuanto a la apariencia de y modificaciones a la propiedad, ya que pueda implicar realizar cortes en la pared para crear aperturas, así como trabajo en el techo, en las ventanas y en las puertas de la propiedad.

Reconociendo este hecho, el inquilino y/o el dueño entiende que MF no se responsabilizará de comunicarse con la HOA como para asegurar que el trabajo se realice conforme a lo susodichos reglas y reglamentos. Esta responsabilidad recae al inquilino/dueño exclusivamente y el abajofirmante confirma que tendrá que asegurar de antemano que el trabajo realizado por MF en la propiedad no entrare en conflicto con el acuerdo de la HOA. En el caso de que haya un conflicto posterior al trabajo, resolver el





asunto con la HOA será además la responsabilidad del inquilino/dueño. MF no tendrá la responsabilidad de mediar con la HOA, ni tampoco de proporcionar más trabajo fuera de la competencia de nuestros servicios, detallados en otro lugar, para conformar a las reglas y a los reglamentos de la HOA.

Dueño/Agente Representante: \_\_\_\_\_

Dueño/Agente Representante (firma): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dueño/Agente Representante Número de teléfono :(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Firma de Inquilino: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Técnico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*5729 E. Union Pacific Ave; Commerce, CA 90022*

*(323)869-4600 / [www.Maravilla.org](http://www.Maravilla.org)*



**Affidavit concerning Truthful Reporting of Income**

*Upon signing this document, the applicant attests  
that the below is true of the referred statement:*

**In re: DOE BIL WAP Application**

I, the undersigned, do hereby aver under penalty of perjury and giving false statements, that the income reported in this application is truthful and represents the total countable income for the household, as per the eligibility guidelines of the California Department of Community Services and Development (CSD). If it is found that there has been any misrepresentation of income, I understand that CSD reserves the right to pursue legal action to collect the costs for any work done under the programs they administer.

Yo, el abajofirmante, conforme a la ley y bajo el riesgo de los penales por el perjurio y por atestiguaciones falsas, aquí asevero que los ingresos familiares detallados en esta aplicación son verdaderos y representan la suma de los ingresos contables de la casa, según la guía de elegibilidad del Departamento de Servicios y de Desarrollo Comunitarios del Estado de California (CSD). Si resulte que haya habido una tergiversación en cuanto a los ingresos de la casa, yo entiendo que CSD reserva el derecho de reclamarme los costos del trabajo realizado bajos sus programas a través de demanda legal.

---

Applicant's Name/Nombre de solicitante: \_\_\_\_\_

Applicant Signature/Firma de solicitante: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

**5729 E. Union Pacific Ave; Commerce, CA 90022**

**(323)869-4600 / [www.Maravilla.org](http://www.Maravilla.org)**