

## **Lista de verificación requerida para servicios LIHEAP**

**Todos los documentos DEBEN ser presentados con su paquete de solicitud**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Actual (más reciente) factura de GAS o PROPANO</b><br><u>Factura completa</u> (todas las paginas). Mostrando 22+ días de uso   | } | Factura completa de gas y electricidad <u>son necesarios</u> para procesar su solicitud |
| <input type="checkbox"/> <b>Actual (más reciente) factura de ELECTRICIDAD</b><br><u>Factura completa</u> (todas las paginas). Mostrando 22+ días de uso (incluir cualquier urgente aviso de desconexión, si es aplicable)  |   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Contrato de Alquiler o Declaración de Hipoteca</b>   |   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Ingresos del Hogar:</b><br><b>** Deben ser actuales (últimas 4 semanas) para todos los miembros de la familia **</b>   |   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Formulario de consentimiento firmado por la persona que aparece en la factura</b> (formulario es proporcionado por la agencia)<br><b>** No es requerido para los solicitantes cuyo nombre está en la facture donde se aplicará el beneficio **</b> |   |   |



Complete el formulario a continuación sólo si usted está interesado en **SERVICIOS de CLIMATIZACIÓN**

- Forma 515 Energy Service Agreement.
- Forma 515A For Owners of the property
- Forma 515-B For Renters, this form is to be completed by the owner of the property
- Form Prop 65.

**696 South Tippecanoe Avenue, San Bernardino, CA 92408**  
**Main 909.723.1500 Fax 909.723.1609**

**Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo**

Formulario de ingreso para la prestación de energía

CSD 43 (10/2017)

*Solo para uso oficial*

Priority Points

A.C.C.

Eligibility Cert Date

Agency: **CAPSBC**

Intake Initials:

Intake Date:

Nombre

Inicial del segundo  
nombre

Apellido

Fecha de nacimiento

DD/ MM/AA

**DOMICILIO DE SERVICIO – Domicilio de residencia (no casilla de correo)**

Domicilio de servicio

Número de unidad

Ciudad

Condado

**SAN BERNARDINO**

Estado

**CA**

Código postal

¿Ha vivido en este domicilio durante los últimos 12 meses corridos? ..... ☐ Sí ☐ No¿Su domicilio de servicio es el mismo que su domicilio de residencia?..... ☐ Sí ☐ No

Domicilio postal

Número de unidad

Ciudad

Condado

**SAN BERNARDINO**

Estado

**CA**

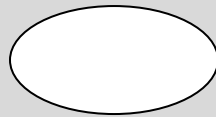
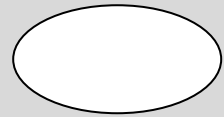
Código postal

Número de seguridad

social (SSN):

Número telefónico ( )

Correo electrónico:

**PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR**Ingrese la cantidad total de personas  
que viven en el hogar  
incluido usted →**INGRESOS**Ingrese la cantidad total de  
personas que reciben  
ingresos →*Datos demográficos: Ingrese la cantidad de  
personas en el hogar que son:**Indique el ingreso mensual **bruto** total de **todas** las  
personas que viven en el hogar:*

Edades 0 – 2 años

TANF / CalWorks

\$

Edades 3 - 5 años

SSI / SSP

\$

Edades 6 - 18 años

SSA / SSDI

\$

Edades 19 - 59

Cheque(s) de pago

\$

Edades mayor de 60 años

Intereses

\$

Discapacitado

Pensión

\$

Nativo Americano

Otro

\$

Trabajador agrícola estacional o migrante

**Ingreso mensual total****\$****INTEGRANTES DEL HOGAR**INGRESE LA INFORMACIÓN DE **TODOS** LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

Si en su hogar viven más de 7 personas, incluya su información en una hoja adicional.

Nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Monto del ingreso bruto total (Antes de impuestos y deducciones)	Fuente de ingresos
		Usted			
<b>Monto del ingreso bruto mensual total del hogar</b>				<b>\$</b>	

¿Usted o alguien de su familia recibe ACTUALMENTE CalFresh (Cupones para alimentos)?

☐ Sí☐ No**NO COMPLETE ESTA SECCIÓN**

**FACTURA DE PAGO**

¿A qué factura de energía (ELIJA SÓLO UNA) desea que se aplique el beneficio LIHEAP? (Adjunte una copia completa de la factura o recibo más reciente).

☐ Gas Natural ☐ Electricidad ☐ Madera ☐ Propano ☐ Aceite combustible ☐ Kerosene ☐ Otro combustible

**Ingrese la empresa de energía y el número de cuenta:**

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ No. de cuenta: \_\_\_\_\_

¿Su servicio público está interrumpido? ☐ Sí ☐ No

¿Recibió una notificación por atraso? ☐ Sí ☐ No

¿Sus servicios públicos están incluidos en la renta? ☐ Sí ☐ No

¿Sus servicios públicos son todos eléctricos? ☐ Sí ☐ No

¿Su empresa de gas natural es la misma que su empresa eléctrica? ☐ Sí ☐ No

**SERVICIO DE MADERA, PROPANO o ACEITE COMBUSTIBLE (WPO)**

¿Actualmente no tiene combustible? (madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles) ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

**Indique la cantidad aproximada de días que quedan antes de que se quede sin combustible**

(madera, propano, aceite, kerosene, otros combustibles). Cantidad de días: \_\_\_\_\_ ☐ N/A

**INFORMACIÓN SOBRE ENERGÍA**

Las siguientes preguntas son **OBLIGATORIAS**. Marque todas las fuentes de energía utilizadas para calentar su hogar.

**Debe** presentar una copia de **todas** las facturas o recibos de energía recientes por todos los costos de energía doméstica.

NOTA: Debe incluirse una copia de una factura eléctrica aun cuando no use electricidad para calentar su hogar.

¿Cuál es el combustible que más utiliza para **CALENTAR** su hogar? DEBE marcar una fuente principal.

☐ Gas Natural ☐ Electricidad ☐ Madera ☐ Propano ☐ Aceite combustible ☐ Kerosene ☐ Otro combustible

**Además de su fuente de calefacción principal, ¿usa alguno de los siguientes para calefaccionar su hogar? (puede elegir más de uno):**

☐ Gas Natural ☐ Electricidad ☐ Madera ☐ Propano ☐ Aceite combustible ☐ Kerosene ☐ Otro combustible ☐ N/A

¿Usted es el titular de: **La factura de Electricidad** ☐ Yes ☐ No **La factura de Gas Natural** ☐ Yes ☐ No

La información de la presente solicitud se utilizará para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Al firmar a continuación, presto mi consentimiento (permiso) al CSD, sus contratistas, consultores y otras oficinas federales o estatales (socios del CSD) y a mi empresa de servicios públicos y a sus contratistas para entregar información acerca de mi cuenta de servicios públicos doméstica, consumo de energía u otra información necesaria para prestarme los servicios y beneficios descriptos al final del presente formulario. Mi consentimiento tendrá vigencia por un plazo de 24 meses anteriores a la fecha de firma que se consigna a continuación y hasta 36 meses después. Entiendo que si mi solicitud para los beneficios o servicios LIHEAP/DOE es denegada, o si recibo una respuesta fuera de término o una prestación no satisfactoria, podré presentar una apelación escrita ante el proveedor del servicio local, y esta apelación será evaluada no más de 15 días después de su recepción. De no estar conforme con la decisión del proveedor del servicio, podré apelar ante el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo conforme al Artículo 100805, Título 22 del Código de Normas de California. De resultar aplicable, autorizo la instalación de medidas de climatización en mi residencia sin costos a mi cargo. Declaro, bajo pena por falso testimonio, que la información incluida en la presente solicitud es verdadera, correcta, y que los fondos recibidos se utilizarán exclusivamente para los pagos de mis costos de energía.

**X**

\*\*\* FIRMA DEL SOLICITANTE \*\*\*

Fecha

NOMBRE DE LA OFICINA: Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO: Programa de Asistencia en Energía Doméstica (HEAP). AUTORIDAD: El Artículo 16367.6 del Código de Gobierno (a) nombre a CSD como oficina responsable del manejo del HEAP. OBJETO: La información que usted proporciona será utilizada para decidir si resulta apto para el pago de LIHEAP o los servicios de climatización. ENTREGA DE INFORMACIÓN: Este programa es voluntario. Si decide solicitar asistencia, debe entregar toda la información solicitada. OTRA INFORMACIÓN: CSD emplea definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas sobre Pobreza, Ingresos Federales e Ingresos Medios del Estado del Departamento de Servicios Médicos y Humanos para determinar la aptitud al programa. Durante el procesamiento de la solicitud, el subcontratista designado de CSD podría necesitar más información para decidir respecto de su aptitud para uno o ambos programas. ACCESO: El subcontratista designado de CSD conservará su solicitud completa y toda otra información, de ser utilizada, para determinar su aptitud. Tiene derecho a acceder a todos los registros que contengan información sobre usted. CSD no discrimina al momento de prestar sus servicios como consecuencia de la raza, religión, color, nacionalidad, ancestros, discapacidad física, discapacidad mental, enfermedad, estado civil, sexo, edad ni orientación sexual.

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

Utility Assistance being provided under which program → ☐ HEAP ☐ Fast Track ☐ HEAP WPO ☐ ECIP WPO  
Base Benefit \$ \_\_\_\_\_ Supplement \$ \_\_\_\_\_ Total Benefit \$ \_\_\_\_\_

Total Energy Cost \$ \_\_\_\_\_ Energy Burden \_\_\_\_\_

Energy Services Restored after disconnection: ☐ Yes ☐ No Disconnection of Energy Services Prevented: ☐ Yes ☐ No

Home Referred for WX: ☐ Home Already Weatherized: ☐



# Community Action Partnership of San Bernardino County FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE ADMISIÓN

Dirección de Propiedad: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Client ID #: \_\_\_\_\_

Tipo de Vivienda: ☐ Apartamento ☐ Casa ☐ Casa Mobil ☐ Otro  
☐ Renta ☐ Dueño ☐ Sin Hogar ☐ Otras viviendas permanentes ☐ Otro

Family Type: ☐ Madre Soltera ☐ Padre Soltero  
☐ Dos Padres Con Hijos ☐ Persona Soltero ☐ 2 Adultos- no Ninos ☐ Otro

\*# of Disconnected Youth: \_\_\_\_\_ Jóvenes de 14 a 24 años que no trabajan ni estudian

\* Idioma: ☐ Espanol ☐ Otro:

**\* El solicitante no completa. Esta sección es solo para uso oficial**

Service(s) Requested: ☐ Utilities ☐ Weatherization ☐ Temporary Housing ☐ Food  
☐ Secondary Education ☐ Workforce Development ☐ Permanent Housing  
☐ Public Transportation ☐ Gas Card ☐ California ID  
☐ Personal Hygiene / Household Items ☐ Clothing / Shoes (for work)  
☐ Other:

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

Use la **CLAVE** a continuación para completar esta sección para los ocupantes que viven en la casa dentro de los últimos **30 días** (inserte solo los números)

Los Miembros del Hogar	Fecha de Nac[xx/xx/xx]	Numero de Seguridad Social (xxx-xx-xxxx)	Sexo (Mujer Hombre Otro)	Discapacitado (Si, No)	Raza	Etnicidad	Tipo de Seguro de Salud	Mas Alto Nivel de Educacion	Status de Residencia	Relacion con el solicitante	Fuentes de ingresos)	Beneficios no monetarios	Ingresos Mensuales	Estado Militar	Situación laboral
(Solicitante )			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N									\$		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N									\$		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N									\$		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N									\$		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N									\$		

Raza	Etnicidad	Seguro de salud	Educacion	Residencia	Relacion Con el Solicitante	*Fuente de ingresos	* Beneficios no monetarios	Militar Estado	*Situación laboral
1. Blanco 2. Afroamericano 3. Asiatico 4. Nativo Americano/Nativo de Alaska 5. Hawaiano/Isleno Pacifico 6. Multi-Raza 7. Otro	1. Hispano 2.No-Hispano	1. Ninguno 2. Medicaid 3. Medicare 4. Basado en el empleo 5. Militar 6. Programa estatal de seguro médico para niños 7. Seguro de salud estatal para adultos 8. Compra directa 9. Otro	1. 0-8 grade 2. 9-12 / No Diploma 3. Graduado de Preparatoria / Certificado de Educacion 4. Alguna Universidad Sin Titulo 5. Graduado Universitario de 2 Anos 6. Graduado Universitario de 4 Anos 7. Otro / Graduado Post Secundaria	1. Ciudadano de U.S. 2. Residente Permanente 3. Residente Temporal 4. No Aplica	1. Yo mismo 2. Esposo 3. Hija 4. Hijo 5. Nieto 6. Madre 7. Padre 8. Hermana 9. Hermano 10. Hijo Adoptivo 11. Otro	1. Ninguno 2. Empleo 3. TANF 4. SSI 5. SSDI 6. Jubilación / Seguridad Social 7. Servicio VA 8. VA sin servicio 9. Discapacidad privada Ins. 10. Compensación de trabajadores 11. Pensión 12. Manutención de niños 13. Pensión alimenticia / manutención conyugal 14. EITC 15. Desempleo 16. Otro	1. Ninguno 2. SNAP 3. WIC 4. * LIHEAP 5. Elección de vivienda Vale 6. Vivienda pública 7. Permanente Vivienda de apoyo 8. HUD-VASH 9. Bono de guardería 10. Cuidado asequible Ley de Subsidio 11. Otro	1. Ninguno 2. Activo Militar 3. Veterano	1. Ninguno 2. Empleado a tiempo completo 3. Empleado a tiempo parcial 4. trabajador agrícola 5. Desempleados (menos de 6 meses) 6. Desempleados (más de 6 meses) 7. Desempleados (sin fuerza laboral / sin mirar) 8. Retirado 3. 9. No aplicable (menos de 18 años)

**\*\* Tenga en cuenta: No se requieren números de seguro social; En su lugar, se asignará un número de "llenado", lo que puede causar retrasos en el procesamiento de su solicitud \*\***

Al firmar a continuación, acepto que toda la información anterior es precisa y complete.

**Firma del Apicante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Intake Staff Printed Name: \_\_\_\_\_

CAP33S | Intake Assessment Form | Rev 10/28/20mm

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 informa 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 TRABAJO DESEMPLEO PROGRAMA DEL GOBIERNO MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS
Sí NO Ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)
PAGOS DE ANUALIDADES PENSIÓN PAGOS TRIBALES DE CASINO LOS INGRESOS POR ALQUILER BENEFICIOS DE SEGURO

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.

### CLIENT EDUCATION CONFIRMATION OF RECEIPT

Name of Occupant				Age of Dwelling	
Address of Dwelling					
<b>Confirmation of Receipt</b>					
I have received the following information:					
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Lead-Safe Education</b> – A copy of the pamphlet, <i>Renovate Right: Important Lead Hazard Information for Families, Child Care Providers, and Schools</i> , informing me of the potential risk of the lead hazard exposure from weatherization/renovation activity to be performed in my dwelling unit.					
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Energy Education</b> – Information regarding changes I can make in order to reduce the energy consumption of my household.					
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Mold and Moisture Education</b> - A copy of the pamphlet, <i>A Brief Guide to Mold and Moisture In Your Home</i> , informing me of how to clean up residential mold problems and how to prevent mold growth.					
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Budget Counseling</b> - Information regarding personal financial management.					
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Radon Education</b> - A copy of the pamphlet, <i>A Citizen's Guide to Radon</i> , informing me of the potential risk of radon and how to lower the radon level in my dwelling unit.					
Signature of Recipient				Date	
<b>Self-Certification Option</b>					
I certify that I attempted to deliver the following educational information to the dwelling listed above:					
<input type="checkbox"/> <b>Lead-Safe</b> <input type="checkbox"/> <b>Energy</b> <input type="checkbox"/> <b>Mold/Moisture</b> <input type="checkbox"/> <b>Budget Counseling</b> <input type="checkbox"/> <b>Radon</b>					
If the information was delivered but a signature was not obtainable, you may check the appropriate box below.					
<input type="checkbox"/> <b>Refusal to Sign</b> — 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.					
<input type="checkbox"/> <b>Unavailable for Signature</b> — 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		
<b>Mailing Option:</b>					
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):					
<input type="checkbox"/> <b>Lead-Safe</b> <input type="checkbox"/> <b>Energy</b> <input type="checkbox"/> <b>Mold/Moisture</b> <input type="checkbox"/> <b>Budget Counseling</b> <input type="checkbox"/> <b>Radon</b>					
Signature (Agency Representative)			Print name		Date mailed



## **CERTIFICADO DE PARTICIPACION**

Yo certifico que (nombre complete en letra de molde) \_\_\_\_\_ he recibido y revisado los siguientes materiales educativos: Certifico que he recibido y revisado los siguientes materiales educativos: educación de seguridad de plomo, educación energética, educación sobre moho y humedad, asesoramiento sobre el presupuesto y hoja de trabajo del presupuesto que fueron proporcionados por Community Action Partnership of San Bernardino County.

**Firma del Cliente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Nota:** Estas son instrucciones sobre dónde ubicar los materiales educativos en nuestro sitio web.

- Escriba el siguiente enlace en su navegador web: [www.capsbc.org/home-energy-assistance-program-heap](http://www.capsbc.org/home-energy-assistance-program-heap)
- Desplácese hasta la parte inferior (abajo) de la página.
- En los botones azules, haga clic en el que dice "educational material".
- Descargue el documento PDF a su computadora/dispositivo.



**Asociación de Acción Comunitaria del Condado de San Bernardino (CAPSBC)**

**Formulario de evaluación de elegibilidad de manutención infantil**

El cliente indicó que tiene la custodia de sus hijos durante el proceso de selección de admisión:

¿Es usted el padre o tutor con custodia de un niño o niños?

☐ Si ☐ No

Y

El cliente NO indicó que está recibiendo manutención infantil como fuente de ingresos en el Formulario de verificación de ingresos

El cliente recibe la siguiente información sobre los servicios proporcionados por la agencia de cumplimiento de manutención infantil del condado de San Bernardino:

- Localización de un padre/ madre
- Organizar pruebas de paternidad
- Hacer cumplir una orden de manutención

Yo, \_\_\_\_\_ recibió una copia de la solicitud de manutención infantil  
(nombre del cliente)

para que dichos servicios se presenten a la Agencia de cumplimiento de manutención infantil del condado de San Bernardino.

=====

Empleado/a de CAPSBC \_\_\_\_\_ provided the Instructions for  
(CAPSBC Employee Name)

completing application for child support services. This form indicates whether a referral to the Child support enforcement agency was made and information regarding available services including a contact number for the agency and a copy of the application was provided to the client.

CAPSBC will indicate services rendered in the case notes completed in the enginuity data base tracking software. This form will remain in the client file.

***CAPSBC Staff did not act in a manner to be interpreted as giving legal advice but provided a referral to the custodial parent in the single-parent family contact information to the state child support enforcement agency below:***

Contact information provided 1 (866) 901-3212 and website address: [www.childsup.ca.gov](http://www.childsup.ca.gov)

Loma Linda- 10417 Mountain View Avenue- Loma Linda, CA 92354  
Ontario – 191 N. Vineyard Avenue – Ontario, CA 91764  
Victorville- 15400 Civic Center Drive –Victorville, CA 92392



**Esta Página Se Dejó Intencionadamente En**  
**Blanco**



## 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)

**Community Action Partnership of San Bernardino**

Address

**696 South Tippecanoe Ave.**

CSLB Number (if applicable)

City

**San Bernardino**

ZIP Code

**92408-2607**

Contractor/Agency Telephone Number

**(909) 723-1500**

Contractor/Agency Email Address

**[weatherizationservices@capsbc.org](mailto:weatherizationservices@capsbc.org)**

Contractor/Agency FAX Number

**(909) 723-1609**

*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

**Tracye Johnson**



## 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	
If the Owner uses an agent for the above-referenced property, complete <u>both</u> Owner and Agent information.				
Agent (Print or type name)		Address		
Apt./Unit No.	City	ZIP Code	Agent Telephone Number	
Agent Email Address			Agent FAX Number	
Owner or Owner's Agent Acceptance of Terms for CSD Weatherization Services (to be completed by the Owner or Owner's Agent)				





## ENERGY SERVICE AGREEMENT FOR RENTAL PROPERTY OWNER

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

**Community Action Partnership of San Bernardino County**

**696 South Tippecanoe Ave.**

CSLB Number (if applicable)

City

ZIP Code

Contractor/Agency Telephone Number

**San Bernardino**

**92408-2607**

**(909) 723-1500**

Contractor/Agency Email Address

Contractor/Agency FAX Number

**[weatherizationservices@capsbc.org](mailto:weatherizationservices@capsbc.org)**

**(909) 723-1609**

*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

**ARRYL JOHNSON**

Required Documentation:

Rent schedule received from Property Owner, if applicable?

Y

N

If applicable, CSD 75 completed?

Y

N



## PROPOSICION 65

### AGUA POTABLE SEGURA Y LEY DE 1986 EN CUMPLIMIENTO TOXICO

#### ACUSE DE RECIBO

Estimado cliente,

En 1986, los votantes de California aprobaron la ley en cumplimiento toxico para agua potable segura conocida como Proposición 65. En cumplimiento de esta ley, el estado de California requiere que los clientes que tienen aislamiento de fibra de vidrio instalado en su residencia estén informados de que la fibra de lana de vidrio, que se encuentra en la instalación de fibra de vidrio, es un producto químico conocido por el Estado de California como ser causante de cáncer.

Al firmar este formulario, usted reconoce que la información anterior le ha sido explicada por el contratista que está instalando el aislamiento en su hogar, y que comprende completamente que la fibra de vidrio está en la lista como sustancia química tóxica según la proposición 65.

Nombre del Cliente (*imprimir*) \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_