



Great Northern Corporation (GNC)

780 S. Davis Avenue
P.O. Box 20
Weed, CA 96094
(530) 938-4115
Fax (530) 938-1040
www.gncCorp.org

Home Energy Assistance Program and Weatherization Application and Supporting Documentation Check List

- Home Energy Assistance Program and Weatherization GNC Application:** Completed in blue or black ink.
 - Home Energy Assistance Program and Weatherization Firewood/Pellet Usage Form:** Completed, signed and dated in blue or black ink.
 - Home Energy Assistance Program and Weatherization Acknowledgement of Education Pamphlet Receipt:** Completed, signed and dated in blue or black ink.
 - Energy Intake Form – CSD43:** Completed, signed and dated in blue or black ink. Do not use white out.
 - Survey of Income and Expenses:** Completed, signed and dated for each person who is over 18 (except high school students) and has no income. Please call 530-938-4115 ext. 120 for additional forms.
 - Income:** Copies of all sources of income for each member of the household who is over 18 (except high school students) for the last 30 days. See the Instruction Packet examples
 - Pacific Power Bill:** Copy of your entire Pacific Power bill dated within the last 30 days.
 - Fuel/Kerosene/Propane Bill or Estimate:** Copies of *ALL* your recent fuel, kerosene and/or propane bills dated within the last 30 days. Please provide estimates if you do not have current bills.
- Complete and submit all documentation requested above. Omissions will cause delays or prevent assistance.
 - For personal assistance in completing the application, you can contact your nearest family resource center or call 530-938-4115 ext. 120.
 - Mail **ALL** pages of the application packet to:
Great Northern Corporation - ATTN: HEAP
P.O. Box 20
Weed, CA 96094
 - Applications are processed on a State of California mandated point system.
 - When your application is processed, you will be notified by mail. Due to the volume of applications we receive, it could take up to several months to be approved.



Great Northern Corporation (GNC)

780 S. Davis Avenue
 P.O. Box 20
 Weed, CA 96094
 (530) 938-4115
 Fax (530) 938-1040
 www.gncCorp.org

Home Energy Assistance Program and Weatherization

GNC Application

Name: _____ Social Security # _____

Home Address: _____ City: _____ Zip: _____

Mailing Address: _____ City: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Message Phone: _____

Energy Assistance Type: Please circle the type of energy assistance you are requesting. This must match the utility you choose to be helped with on the ENERGY INTAKE FORM.

Propane

Heating Oil/Kerosene

Firewood

Electric

List all household members:

Name	Relationship	Age	Disabled	Income Amount and Source
	Self		Yes or No	
			Yes or No	
			Yes or No	
			Yes or No	
			Yes or No	
			Yes or No	
			Yes or No	
			Yes or No	

Total Household Members: _____

Weatherization: Would you like your home considered for weatherization services? YES NO (circle one)

Has your residence been weatherized? YES NO Year residence built: _____ APN # _____

If you would like weatherization services and you home has not been weatherized in the past 20 years, you will be put on the waiting list.

Is your residence? House Apartment Duplex Mobile Home Other _____

Main heating source: _____ Alternate heating source: _____

Do you own or rent? (circle one) Monthly rent or mortgage: _____



Great Northern Corporation (GNC)

780 S. Davis Avenue
P.O. Box 20
Weed, CA 96094
(530) 938-4115
Fax (530) 938-1040
www.gncCorp.org

Home Energy Assistance Program and Weatherization
Firewood/Pellet Usage Form

Name: _____

Signature: _____ Date: _____

Home Address: _____ City: _____ Zip: _____

This form helps us evaluate your total energy cost.

Please complete this form if you use any firewood or pellets to heat your home even if:

- You have not purchased firewood/pellets recently
- You are requesting another form of energy assistance

I spend approximately \$ _____ a month for wood/pellets (circle one).



Great Northern Corporation (GNC)

780 S. Davis Avenue
P.O. Box 20
Weed, CA 96094
(530) 938-4115
Fax (530) 938-1040
www.gncCorp.org

Home Energy Assistance Program and Weatherization Education Pamphlet Receipt

The Home Energy Assistance Program (HEAP) was established in 1981. HEAP is a federally funded program that helps low-income households pay their energy bill. Assistance is in the form of a dual or single party warrant, or direct payment to a utility company on behalf of an eligible applicant. Eligibility is based on the household's total monthly income, which cannot exceed the HEAP income guidelines. Because of significant funding cuts, the federal government enacted a law requiring that states target households with low-incomes and high energy costs, taking into consideration households with elderly and disabled persons and children under six years of age. *This means there could be households that received assistance in the past that will no longer receive assistance because they fall into a low priority group and are not considered among the neediest of the needy.* The amount of assistance is based on the number of persons in the household, total household income, the cost of energy within the county the household resides, and funding availability. An incomplete/incorrect application will take additional time to process or may be rejected. Persons living in board-and-care facilities, nursing or convalescent homes, or in jail or prison are not eligible for HEAP.

The local community services agencies are responsible for processing intake applications and the Department of Community Service and Development (CSD) is responsible for HEAP payments.

I have read and understand the facts stated here regarding the HEAP program and have received and read the Energy Education Pamphlet.

Name: _____

Signature: _____ Date: _____

Home Address: _____ City: _____ Zip: _____

Please sign, date and return with this packet
APPLICATIONS WILL NOT BE PROCESSED WITHOUT THIS FORM

Department of Community Services and Development

Energy Intake Form

CSD 43 (12/28/2012) Español

								0	0	0	0				
Priority Points:		A.C.C.													
Job Control Code															
Agency:				Intake Initials:				Intake Date:				Eligibility Cert Date:			
Nombre				Inicial		Apellido				Fecha de Nacimiento					
										M M D D Y Y					
Domicilio Postal <input type="checkbox"/> Marque si es igual que la direccion del servicio										Número de Unidad					
Ciudad (de su domicilio postal)						Condado			Estado			Código Postal			
Domicilio en que se recibe el servicio de energia (No use Apartado Postal - P.O. Box)										Número de Unidad					
Ciudad (en que se recibe el servicio)						Condado			Estado			Código Postal			
									CA						
Número de Seguro Social (SSN):								Número de Teléfono: ()				<input type="checkbox"/> Mensaje			

PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR

Incluyendo al solicitante, escriba el número de personas que viven en su hogar --> :

Escriba el número de personas en su hogar:

De 2 años o menores	
De 3 años a 5 años	
De 6 años a 18 años	
De 19 años a 59 años	
De 60 años o mayores	
Incapacitados	
Americanos Nativos	
Personas con Inglés Limitado	
Campesinos	
Temporales/Migratorios	

INGRESOS

Escriba el número de personas en el hogar que reciben ingresos --> :

Escriba el total del ingreso mensual, en bruto, de todas las personas que viven en su hogar:

TANF	\$
SSI/SSP	\$
SSA/SSDI	\$
Sueldo(s)	\$
Interés	\$
Pensión	\$
Otros Ingresos	\$
INGRESOS TOTAL (en bruto)	\$

DESCUENTO DE UTILIDADES

Usted también puede ser elegible para un descuento en su factura mensual! Comuníquese con su compañía de servicios y pregunta sobre los programas de tarifa reducida.

Cuál compañía de servicios de energía le gustaría que se pague?

--

Número de Cuenta:

--

Nombre del cliente (como aparece en la factura):

--

Marque aqui si las utilidades son incluidas en la renta o son sub-metered.

La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda. Con mi firma doy autorización para que esta información sea compartida con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal, subcontratistas designados por ellos, con la(s) compañía(s), que me ofrece(n) servicio(s) de energía y para que la(s) compañía(s) que me ofrece(n) servicio(s) de energía comparta(n) información con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal. Entiendo que si mi aplicación para beneficios o servicios de LIHEAP/DOE se niega, o si recibo una respuesta retrasada, puedo iniciar una apelación escrita con el proveedor de servicios local y mi apelación se revisará no mas que 15 días después de que la apelación se solicita. Si yo no estoy satisfecho con la decision del proveedor de servicios entonces puedo apelar al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD) conforme al Titular 22, Codigo de California seccion 100805. En caso de ser elegible, doy permiso para la instalación de material aislante en mi residencia sin costo alguno para mí. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es correcta y verdadera, y que los fondos recibidos serán usados unicamente con el objetivo de pagar mis gastos de consumo de energía.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Testigo (si firmó con una X)

NOMBRE DE LA AGENCIA: Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD). UNIDAD RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO: Programa de Ayuda para la Energía del Hogar (HEAP). AUTORIDAD: El código gubernamental, Sección 16367.6 (a) designa a CSD como la agencia responsable de la administración de HEAP. OBJETIVO: La información que proporcione se usará para determinar si usted reúne los requisitos para recibir el pago de LIHEAP, y/o servicios de weatherization. PROPORCIONANDO INFORMACION: La participación en este programa es voluntaria. Si decide solicitar esta ayuda, debe proporcionar toda la información requerida. INFORMACION ADICIONAL: CSD utiliza definiciones estadísticas de la actualización anual de las Pautas de Ingresos Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar la aceptación de una persona en los programas. Durante el trámite de su solicitud, es posible que el subcontratista designado por CSD necesite pedirle información adicional para determinar si se le puede aceptar en estos u otros programas. ACCESO: El subcontratista designado por CSD se quedará con su solicitud, y otra información, si se usó para determinar su elegibilidad. Usted tiene derecho de acceso a todos los expedientes que contengan información sobre usted. CSD no discrimina en los servicios que ofrece debido a raza, religión, credo, color, origen de nacionalidad, incapacidad física, incapacidad mental, condición médica, estado marital, sexo, edad, o orientación sexual.

Solicitante: No complete la siguiente información. Esta sección es sólo para uso oficial.

Cash Assistance being provided under which program -->	<input type="checkbox"/> HEAP	<input type="checkbox"/> Fast Track	<input type="checkbox"/> Supplement \$ _____	Total Benefit \$ _____	
<input type="checkbox"/> HEAP WPO	<input type="checkbox"/> ECIP WPO	Referral -->	<input type="checkbox"/> Home referred for weatherization	<input type="checkbox"/> Referred for ECIP HCS	<input type="checkbox"/> Home already weatherized
Weatherization being billed under which program -->	<input type="checkbox"/> DOE	<input type="checkbox"/> LIHEAP WX	<input type="checkbox"/> ECIP HCS		
Type of Dwelling:	<input type="checkbox"/> MFD - Owner, 2 - 4 units	<input type="checkbox"/> Mobile Home - Owner	<input type="checkbox"/> Shelter: # of units _____	<input type="checkbox"/> Unoccupied MFD: 2 - 4 units	
	<input type="checkbox"/> SFD - Owner, 1 unit	<input type="checkbox"/> MFD - Rental, 2 - 4 units	<input type="checkbox"/> Mobile Home - Rental	Total # of residents: _____	<input type="checkbox"/> Unoccupied MFD: > 5 units
	<input type="checkbox"/> SFD - Rental, 1 unit	<input type="checkbox"/> MFD - Owner, 5 or more units			
	<input type="checkbox"/> MFD - Rental, 5 or more units	Energy Cost = \$		Energy Burden = %	
Agency Defined Priorities:	<input type="checkbox"/> Medically Needy	<input type="checkbox"/> Frail Elderly	<input type="checkbox"/> Severe Financial Hardship	<input type="checkbox"/> Hard To Reach	<input type="checkbox"/> Priority Offsets

Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo

CSD 43B (rev.01/31/2012)

ENCUESTA 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 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.

Firma del solicitante

Fecha