



Programa de asistencia de agua para hogares de bajos ingresos de IMACA 2022

Estimado solicitante:

¡Bienvenido! Puede calificar para la asistencia de la factura del servicio de agua a través del Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos de California (LIHWAP). LIHWAP es un programa de asistencia única que ayuda a pagar las facturas vencidas de agua potable, aguas residuales o aguas pluviales.

La elegibilidad para LIHWAP se basa en el ingreso bruto mensual total del hogar y el monto vencido. Es una base por orden de llegada.

La página siguiente es una lista de verificación de todos los documentos que debe entregar con la solicitud. No se aceptarán solicitudes incompletas. **Por favor, recuerde:**

- Use solo un bolígrafo negro o azul.
- Si comete un error, **no utilice Wite-Out**. Dibuje una línea a través del error, iníciéñela y ingrese la información correcta.

El procesamiento de su solicitud puede llevar varias semanas. Durante este tiempo, debe continuar pagando su factura. Le recomendamos encarecidamente que pregunte a su proveedor de energía sobre las opciones de tarifas más bajas y/o planes de pago. Una vez que se revise su solicitud, recibirá una carta de notificación del resultado.

Pautas de ingresos federales 2022

Usted puede calificar para LIHEAP si su ingreso familiar mensual bruto es menor que:

1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
\$2,564.73	\$3,353.87	\$4,143.02	\$4,932.17	\$5,721.31	\$6,510.46	\$6,658.43	\$6,806.39

Proteja a su comunidad

Si tiene alguna información sobre un posible fraude, desperdicio o mal uso de los fondos LIHEAP, ayúdenos a eliminarla informándola a la Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos - Oficina del Inspector General (HHS-OIG) en su sitio web en www.oig.hhs.gov/fraud/report-fraud



Lista de verificación de la aplicación IMACA LIHWAP 2022

Todos los documentos de respaldo y prueba de ingresos deben estar dentro de los **30 días** posteriores a la fecha en que se recibe su solicitud. No envíe documentos originales, no serán devueltos.

Paquete de aplicación

- Formulario de admisión LIHWAP (p.3-5)
- Certificación de ingresos y gastos (p.6) – **SOLO** si usted u otro adulto del hogar (18 años) no reportan ingresos

Comprobantes

- Identificación con foto (tarjeta de identificación estatal (ID), tarjeta de identificación tribal (ID), licencia de conducir, pasaporte o tarjeta de pasaporte de los Estados Unidos, tarjeta militar de los Estados Unidos (anverso y reverso), tarjeta de identificación del dependiente militar (anverso y reverso), tarjeta de residente permanente, certificado de ciudadanía, certificado de naturalización o documento de autorización de empleo).
- Facturas completas del servicio de agua (deben tener al menos 22 días de facturación e incluir el uso).
 - Si su factura de agua está incluida en el alquiler, envíe su Acuerdo de Propietario y documentación que demuestre la parte del alquiler que se asigna a los servicios de agua (cargos vencidos y actuales).
- Aviso de desconexión (si corresponde)
- Pasaporte a servicios o aviso de acción (si alguien en el hogar está recibiendo CalFRESH / cupones de alimentos, ayuda en efectivo, alivio general, etc.)

Comprobante de ingresos

- Salarios brutos
- El trabajo autónomo
- Trabajos pagados en efectivo
- TANF o ayuda en efectivo
- Talones de desempleo
- La pensión alimenticia
- Pensión o anualidades de la Seguridad Social
- Pagos tribales per cápita

Por favor, devuelva la solicitud a:

Inyo Mono Advocates for Community Action, Inc. (IMACA)

C/O LIHEAP

180 Clarke St.

Bishop, CA 93514

Departamento de Servicios y Desarrollo Comunitario

Formulario de admisión del LIHWAP

CSD 41 (04/2022)

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

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

<p>PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Ingrese el número total de personas que viven en el hogar, incluyéndose a usted. </p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	<p>INGRESO Ingrese el número total de personas que reciben ingresos </p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
<i>Información demográfica: Ingrese el número total de personas en el hogar que tengan:</i>	<i>Ingrese el ingreso mensual bruto de todas las personas que viven en el hogar:</i>
Entre 0 y 2 años	TANF / CalWorks \$
Entre 3 y 5 años	SSI / SSP \$
Entre 6 y 18 años	SSA / SSDI \$
Entre 19 y 59 años	Nómina de pago \$
60 años o más	Interés \$
Discapacidad	Pensión \$
Indoamericana	Otro \$
Obrero agrícola temporal o migrante	Ingreso Total Mensual \$

MIEMBROS DEL HOGAR
A CONTINUACIÓN INGRESE LA INFORMACIÓN DE **TODOS** LOS MIEMBROS DEL HOGAR.
Si hay más de 7 personas en su hogar, indique la información en un papel aparte.

SOLICITANTE (MIEMBRO DEL HOGAR 1)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante <i>Usted mismo</i>
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 2

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 3

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 4

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 5

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 6

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitante
Fecha de nacimiento:	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático		¿Hispano/Latino/Español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Decide no responder		
Cantidad de ingreso bruto mensual (antes de impuestos):		Fuente de ingresos:	

MIEMBRO DEL HOGAR 7

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

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

¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalFresh (Cupones de Alimentos)? Sí No

¿Usted o alguien en su hogar ACTUALMENTE reciben CalWorks (asistencia con dinero en efectivo)? Sí No

¿Usted o alguien de su hogar recibieron asistencia LIHEAP en los últimos 120 días? Sí No

PAGAR FACTURA

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

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

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

Nombre de empresa: _____ Número de cuenta: _____

¿Su servicio público está cortado? Sí No

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

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

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

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

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

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

Beneficio total de LIHWAP \$ _____

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

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

CERTIFICACIÓN de ingresos y gastos

Se le pide completar este formulario, ya que usted ha solicitado ayuda, y se informó que su hogar no puede dar prueba de ingresos. El Estado de California requiere que el solicitante informe de todas las fuentes de ingresos. Este formulario nos ayudará a entender cómo usted cumple con los gastos. Por favor, complete la siguiente información:

Información del solicitante	
Nombre:	
Dirección:	

Sección 1: Usted tiene fuentes de ingresos que se le olvidó informar?					
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha sido empleado a tiempo parcial?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha trabajado por cuenta propia?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido dinero por cualquier trabajo que se realiza sólo de vez en cuando, como trabajaren el jardín, cuidado de niños, la donación de sangre, etc?			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido algún regalo de dinero? Si la respuesta es sí, por favor escriba el nombre y número de teléfono de la persona que le entregó el regalo:			
SÍ	NO	Durante el mes anterior, ha recibido alguna de las siguientes: (marque lo que corresponda)			
		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