



SAN BENITO COUNTY

TRACEY BELTON
DIRECTOR

Health & Human Services Agency

COMMUNITY SERVICES & WORKFORCE DEVELOPMENT

1161 SAN FELIPE ROAD · HOLLISTER, CA 95023

(831) 637-9293 · FAX (831) 634-0785

Nuevo Domicilio 1161 San Felipe Road, Hollister

No PG&E Aplicaciones serán aceptadas después de las 4

Por favor NO quite esta hoja de confidencialidad

HEAP/FAST TRACK/WX check off list for PG&E or Propane

☐ Cuenta (bil) más reciente de luz y gas (PG&E) Toda hoja de cuenta entera

☐ Prueba de ingresos de los ultimo 30-días de todo origen y de todo miembros de familia (Talón de cheques, seguro social, sostenimiento de niños, desempates etc.) **Si alguien de 18 años no tiene ingresos, deberán presentar un "Estudio de la Forma ingresos (CSD 43B)". Si no hay ningún ingreso en absoluto este formulario debe ser notariado.**

☐ Identificación con foto para todos los adultos en la familia

☐ Prueba de ciudadanía (Mica de residente, US Pasaporte, US Certificado de ciudadanía) Para el aplicante

☐ Tarjeta de seguro social para todos los miembros de la familia

☐ I, _____ Forma Educación
Iniciales
(Consejos para ahorrar energía paraser
proporcionados a usted cuando se enciende en la
aplicación)

2021 Income Guidelines

Persons in Household	Monthly Income
1	\$2,431.09
2	\$3,179.11
3	\$3,927.14
4	\$4,675.17
5	\$5,423.19
6	\$6,171.22
7	\$6,311.48
8	\$6,451.73
9	\$6,591.99
10	\$6,732.24

Poner fin a la pobreza empoderando a las personas

Para obtener información sobre otros servicios de bajos ingresos, visite nuestro sitio web en:

www.sbccab.com

imprimir nombre

ultimos 4 Número De Seguro Social

COMMUNITY ACTION BOARD & WORKFORCE INVESTMENT BOARD

SERVING SAN BENITO COUNTY SINCE 1978

The County CSWD is an equal opportunity employer/program

The County CSWD is an equal opportunity employer/program. - The County of San Benito complies with the Americans with Disabilities Act (ADA) by assuring that auxiliary aids for services are available upon request to persons with disabilities. Persons with hearing disabilities can call the TDD/TTY phone (831) 637-3265. Persons requiring any special needs for access should call the CSWD office at 831-637-9293 at least five business days before the needed date to arrange for the special accommodations



Rev (05.2021)



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:

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

Estado

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

Estado

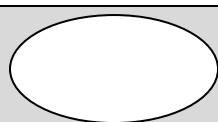
Código postal

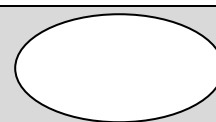
 Número de seguridad
social (SSN):

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 e 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			
Monto del ingreso bruto mensual total del hogar				\$	
¿Usted o alguien de su familia recibe ACTUALMENTE CalFresh (Cupones para alimentos)? ☐ Sí ☐ No					

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 descritos 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: ☐

STATEMENT OF CITIZENSHIP or NON-CITIZEN STATUS FOR PUBLIC BENEFITS

Name of the Applicant Requesting Energy Services	Date
Name of Person Acting for Applicant, if any	Relationship to Applicant

Public Benefits To Citizens And Non-Citizens

Citizens and Nationals of the United States who meet all eligibility requirements may receive services under the Low-Income Home Energy Assistance Program and/or the Department of Energy Low-Income Weatherization Assistance Program and must fill out **Sections A and D**.

Non-Citizens who meet all eligibility requirements may receive services under the Low-Income Home Energy Assistance Program and/or the Department of Energy Low-Income Weatherization Assistance Program and must complete **Sections A, B or C, and D**.

Section A: Citizenship/Non-Citizen Status Declaration

1. Is the applicant a citizen or national of the United States? ☐ Yes ☐ No

If the answer to the above question is yes, where was he/she born? City/State

2. To establish citizenship or naturalization, please submit one of the documents on **List A** (attached hereto) which is legible and unaltered to establish proof.

If you are a **Citizen or National of the United States**, please go directly to **Section D**.

If you are a **Non-Citizen**, please complete **Section B, or, if applicable, Section C**.

Section B: Non-Citizen Status Declaration

Important: Please indicate the applicant's non-citizen status below, and submit documents evidencing such status. The no citizen status documents listed for each category are the most commonly used documents that the United States Immigration and Naturalization Service (INS) provides to non-citizens in those categories. You can provide other acceptable evidence of your non-citizen status even if not listed below.

- ☐ 1. An alien lawfully admitted for permanent residence under the Immigration and Naturalization Act (INA). Evidence includes:
- INS Form I-551 (Alien Registration Receipt Card, commonly known as a "green card"); or
 - Unexpired Temporary I-551 stamp in foreign passport or on INS Form I-94.
- ☐ 2. An alien who is granted asylum under section 208 of the INA. Evidence includes:
- INS Form I-94 annotated with stamp showing grant of asylum under section 208 of the INA;
 - INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated "274a.12(a)(5)";
 - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated "A5";
 - Grant letter from the Asylum Office of INS; or
 - Order of an immigration judge granting asylum.
- ☐ 3. A refugee admitted to the United States under section 207 of the INA. Evidence includes:
- INS Form I-94 annotated with stamp showing admission under section 207 of the INA;
 - INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated "274a.12(a)(3)";
 - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated "A3"; or
 - INS Form I-571 (Refugee Travel Document)
- ☐ 4. An alien paroled into the United States for at least one year under section 212(d)(5) of the INA. Evidence includes:
- INS Form I-94 with stamp showing admission for at least one year under section 212(d)(5) of the INA. (Applicant cannot aggregate periods of admission for less than one year to meet the one-year requirement.)

- ☐ 5. An alien whose deportation is being withheld under section 243(h) of the INA (as in effect prior to April 1, 1997) or section 241(b)(3) of such Act (as amended by section 305(a) of division C of Public Law 104-208). Evidence includes:
- INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated "274a.12(a)(10)";
 - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated "A10"; or
 - Order from an immigration judge showing deportation withheld under section 243(h) of the INA as in effect prior to April 1, 1997, or removal withheld under section 241(b)(3) of the INA.
- ☐ 6. An alien who is granted conditional entry under section 203(a)(7) of the INA as in effect prior to April 1, 1980. Evidence includes:
- INS Form I-94 with stamp showing admission under section 203(a)(7) of the INA;
 - INS Form I-688B (Employment Authorization Card) annotated "274a.12(a)(3)"; or
 - INS Form I-766 (Employment Authorization Document) annotated "A3."
- ☐ 7. An alien who is a Cuban or Haitian entrant (as defined in section 501(e) of the Refugee Education Assistance Act of 1980). Evidence includes:
- INS Form I-551 (Alien Registration Receipt Card, commonly known as a "green card") with the code CU6, CU7, or CH6;
 - Unexpired temporary I-551 stamp in foreign passport or on INS Form I-94 with the code CU6 or CU7; or
 - INS Form I-94 with stamp showing parole as "Cuban/Haitian Entrant" under section 212(d)(5) of the INA; or paroled after 10/10/80 in the special status for nationals of Cuba or Haiti.
- ☐ 8. An alien paroled into the United States for less than one year under section 212(d)(5) of the INA. (Evidence includes INS Form I-94 showing this status.)
- ☐ 9. An alien not in categories 1 through 8 who has been admitted to the United States for a limited period of time (a nonimmigrant). Non-immigrants are persons who have temporary status for a specific purpose. (Evidence includes INS Form I-94 showing this status.)
- ☐ 10. I self-certify that I am a U.S. citizen or non-citizen national or qualified alien but am unable to provide documentation. (Only allowable under the Energy Crisis Intervention Program (ECIP) component of the LIHEAP Program.)

Section C: Declaration for Certain Battered Aliens

Important: Complete this section if the applicant, the applicant's child, or the applicant child's parent has been battered or subjected to extreme cruelty in the United States by a spouse or parent.

- ☐ 1. Has the INS or the EOIR granted a petition or application filed by or on behalf of the applicant, the applicant's child, or the applicant child's parent under the INA or found that a pending petition sets forth a prima facie case for granting permission to stay in the United States? Evidence includes one of the documents on List B (attached hereto).
- ☐ 2. Has the applicant, the applicant's child, or the applicant child's parent been battered or subjected to extreme cruelty in the United States by a spouse or parent, or by a spouse's or parent's family member living in the same house (where the spouse or parent consented to or acquiesced in the battery or cruelty)?

Section D: Certification

I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF CALIFORNIA THAT THE ANSWERS I HAVE GIVEN ARE TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

Applicant's Signature	Date
Signature of Person Acting for Applicant	Date

Attachments: Lists A and B

LIHEAP

Declaración de Responsabilidad

I, _____, vivo
Apellido Primer Inicial

Dirección Ciudad Zona Postal

Mi cuenta de utilidad (PG&E) está a nombre de

The name on the bill is? ☐ Myself ☐ Other *El Nombre en la cuenta es* ☐ Yo mismo ☐ Otro

(Si otro, indíqueme la relación y si ellos residen en la casa)

Relación:

Residen en la casa ☐ Si ☐ No

☐ Soy responsable del pago de la cuenta de utilidad para la dirección mencionada arriba.

Certifico que toda la información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Soy consciente que falsificando información voluntariamente y sabiendo, puede conducir procesamiento criminal. Soy la única persona en mi hogar que ha solicitado el Programa LIHEAP.

Firma

Fecha

Eligibility Worker Signature

Date

Autorización Para Obtener Información

AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION

- A. Usted ha solicitado asistencia de la oficina de Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo. El uso de estos fondos está limitado a esas personas que son elegibles. Es la póliza de la Agencia de verificar la información que es pertinente a su caso para determinar si usted es elegible para la asistencia. La determinación de que si es elegible o no se hace cuando todos los documentos han sido recibidos por la oficina de Servicios de Comunidad y Desarrollo de Trabajadores Unidos.

Cuando usted firme este "Permiso" está dando permiso a la oficina de Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo a verificar la información que ha sido sometido que incluye; ingresos y beneficios recibidos, fecha de nacimiento, ciudadanía, prueba de ser residente del condado de San Benito, número de seguro social, trabajo, educación, existencia de parientes, estado legal (condenas anteriores, encarcelamientos, libertad condicional) y otra información requerida para verificar si usted es elegible, para completar su solicitud y, para evitar la duplicación de servicios.

Por este medio doy permiso y autorizo que la oficina de Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo reciba o de información relacionada con mi solicitud a otras agencias de servicios. Además está usted confirmando que la información que nos a dado es verdad y correcta según su conocimiento, y que usted entiende que al falsifica a propósito la información en esta solicitud, para determinar si usted es elegible, pueda estar cometiendo un crimen de la cual usted pueda ser castigado (a) y puede ser descalificado (a) del programa y puede resultar en una acción para recubrir dinero pagado durante su solicitud.

AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION - PARTE II

- B. **NEPOTISMO:** Es algún miembro de su familia, un oficial elegido de la Ciudad o el Condado, o miembro de la mesa directiva de la Agencia Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo? Es algún miembro de su familia, (esposo(a), padre, madre, hijo (a), entenado (a) empleado (a) o contratista de?

☐

¿Si es que sí, cual es su nombre, título y parentesco?

- C. ¿Es un miembro de su familia inmediata un empleado de la Ciudad, Condado o un subcontratista de el Condado de San Benito, Servicios Comunitarios y Desarrollo de la Fuerza Laboral? Es algún miembro de su familia, (esposo(a), padre, madre, hijo (a), entenado (a) empleado (a) o contratista de?

☐

¿Si es que sí, cuál es su nombre, título elegido y relación con usted?

- D. **FRESUMEN DEL PROCESO DE APELACION:** Por este medio doy a conocer que he recibido proceso de forma explicando el la Agencia Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo.

Nombre En Molde

Número De Seguro Social

Firma del Cliente

FECHA

PROCESO DE AUDENCIA/APELACION

La Agencia de Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo San Benito ha aceptado cumplir con los reglamentos de TITULO 22 del Código Admisitrativo de California, Sección 1007551 enmendado, que indica los elementos necesarios para que el proceso de una apelación si es que los beneficios son negados al cliente.

De aquí en adelante queda usted informado (a) de que si a usted se le niega la asistencia por la cual usted aplico, y por la cual usted sometió una aplicación completa con documentación de elegibilidad que se requirió, usted tiene el derecho de apelar esta decisión dentro de veinte (20) días después que usted haya recibido un aviso de negación.

Dentro de cinco (5) días después de que la Acción de La Comunidad haya recibido su apelación, se llevara acabo una audiencia a nivel local. Si su apelación no se resuelve al nivel local, usted tiene el derecho de someter una apelación a la fuente de los fondos federales de los cuales a usted se le negó los servicios. La agencia de Acción de la Comunidad le dará las formas necesarias para su apelación. Usted podrá referir su apelación por aviso escrito u oral, se confirmara el aviso por escrito.

POLIZA DE QUEJA FORMAL POR PARTE DEL CLIENTE

El cliente que se le ha negado servicios de la Agencia puede someter una queja formal con el Director de la agencia. Cada empleado le informara al participante del proceso apropiado para someter una queja formal.

En cuanto se reciba una queja formal, la queja pasara al asistente del director que se reunirá con el Director para determinar la acción apropiada como es requerida por la fuente de los fondos federales.

La información que contiene su archivo es confidencial, y no será revelado a nadie sin su permiso por escrito. Su archivo se convierte propiedad de la Agencia Servicios a la Comunidad y Desarrollo de Trabajo.

Nombre En Molde

Número De Seguro Social

Firma del Cliente

FECHA

LIHEAP

Declaración de entendimiento

Apellido

Primer

Inicial

Yo he pedido ayuda bajo el programa HEAP.

Yo entiendo que el procesó para recibir el crédito a mi cuenta es 60 días. Yo entiendo que necesito seguir dando pagos hacia mi cuenta para mantenerla reciente y prevenir la desconexión de servicios

Nombre En Molde

Número De Seguro Social

Firma del Cliente

FECHA



SAN BENITO COUNTY

TRACEY BELTON
DIRECTOR

Health & Human Services Agency

COMMUNITY SERVICES & WORKFORCE DEVELOPMENT

1161 SAN FELIPE ROAD · HOLLISTER, CA 95023

(831) 637-9293 · FAX (831) 634-0785

Estimado Aplicante,

Nosotros en la Agencia de Servicios de La Comunidad y Desarrollo de Trabajadores Unidos tenemos orgullo de enfocar todos nuestros esfuerzos a la satisfacción de nuestros clientes.

Si usted recibió buen servicio haga el favor de decirles a todos sus amigos y parientes. Si usted siente que recibió mal o pobre servicio haga el favor de comunicármelo a mí. Ne me tiene que dar su nombre nomas su queja.

Sinceramente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Enrique Arreola".

Enrique Arreola
Deputy Director

Recibí un copia de esta forma

Fecha

Iniciales

COMMUNITY ACTION BOARD & WORKFORCE INVESTMENT BOARD

SERVING SAN BENITO COUNTY SINCE 1978

The County CSWD is an equal opportunity employer/program

The County CSWD is an equal opportunity employer/program. - The County of San Benito complies with the Americans with Disabilities Act (ADA) by assuring that auxiliary aids for services are available upon request to persons with disabilities. Persons with hearing disabilities can call the TDD/TTY phone (831) 637-3265. Persons requiring any special needs for access should call the CSWD office at 831-637-9293 at least five business days before the needed date to arrange for the special accommodations



Rev (05.2021)

Customer Satisfaction Survey

1) ¿En el último año, ¿cuántas veces ha visitado Community Services & Workforce Development?

☐ 0 veces en el último año	☐ 1 to 3 tveces en el último año	☐ 4 to 6 veces en el último año	☐ 7 to 9 veces en el último año	☐ More than 10 veces en el último año
---	---	--	--	--

2) ¿En qué servicios viniste hoy?

Seleccione todas las que correspondan	
☐ AJCC	☐ CalWorks ☐ Dream Catcher ☐ EDD ☐ IHSS ☐ JobLink
☐ LIHEAP (PG&E or Propane Assistance ☐ Asistencia de alquiler	
☐ Otra	En otro caso, por favor especifica

Servicios de agencia

4) ¿Estuviste satisfecho con los servicios?	1 está muy insatisfecho y 5 está muy satisfecho () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
5) ¿En general, ¿cómo calificaría los servicios que recibió?	1 está muy insatisfecho y 5 está muy satisfecho () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
6) ¿Qué tan probable es que recomiendes nuestros servicios a tus amigos o familiares?	1 está muy insatisfecho y 5 está muy satisfecho () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
7) ¿Recibiste la información que necesitabas?	☐ Si ☐ No Si no, por favor explique.

¿Comparte tu experiencia?

8) ¿Estás dispuesto a compartir tu historia? Bien o mal: siempre estamos interesados en su experiencia con nosotros y utilizamos las historias de los clientes como una forma de ayudar a mejorar nuestros servicios o proporcionar nuevos. Si es así, por favor hazlo aquí.

9) Si compartiste tu historia, ¿podemos usar tu nombre? ☐ Si ☐ No

10) ¿Cómo podemos contactarlo para preguntas de seguimiento?

Nombre de pila: _____

Apellido: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Teléfono móvil: _____

Acerca de ti

11) ¿Cuál es su género? ☐ Masculino ☐ Hembra

12) Por favor, seleccione su edad. ☐ Menos que 18 ☐ 18 to 24 ☐ 25 to 34 ☐ 35 to 54 ☐ 55+

13) ¿Cuál es el grado más alto de educación que has logrado?

☐ Grado 12 o menos	☐ Escuela secundaria graduada o equivalente
☐ Alguna universidad, sin título	☐ Grado asociado
☐ licenciatura	☐ Poste grado graduado

¡Gracias!



SAN BENITO COUNTY

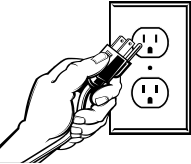
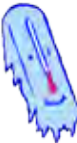
Health & Human Services Agency

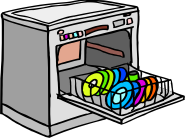
COMMUNITY SERVICES & WORKFORCE DEVELOPMENT

1161 SAN FELIPE ROAD • HOLLISTER, CA 95023

(831) 637-9293 • FAX (831) 634-0785

TRACEY BELTON
DIRECTOR

	Energy Saving Tips Free and Low Cost Recommendations	Consejos para ahorrar energía Recomendaciones Gratis y de Bajo Costo
	Replace Light Bulbs Replace standard incandescent light bulbs with compact fluorescent light bulbs (CFLs) and save 75% off lighting costs.	Reemplace los focos Reemplazca los focos incandescentes por bombillas fluorescentes compactas (CFL) y ahorran un 75% de descuento en los costos de iluminación.
	Unplug Electronics Unplug electronics, battery chargers and other equipment when not in use. Taken together, these small items can use as much power as your refrigerator.	Desconectar los aparatos electrónicos Desconecte los cargadores de batería electrónica, y otros equipos cuando no estén en uso. En conjunto, estos artículos pequeños pueden usar tanta potencia como su refrigerador.
	Save Water Installing faucet aerators and low-flow shower heads will cut water heating costs by 50% and save up to \$300 per year. It will also cut water use by up to 50%. As much as 19% of California electricity is used to pump, transport and treat water.	Ahorre el Agua La instalación de aireadores de grifos de bajo flujo y duchas, reducirá los costos de calentamiento de agua en un 50% y ahorrar hasta \$ 300 por año. También reducirá el consumo de agua hasta en un 50%. Tanto como el 19% de la electricidad de California se usa para bombear, transportar y tratar el agua.
	Adjust Your Thermostat Setting your air conditioner 5° higher will save up to 20% on cooling costs.	Ajustar el termostato Configurando su acondicionador de aire a 5 grados más alto, permite ahorrar hasta un 20% en costos de enfriamiento.
	Buy Energy Efficient Appliances Always buy ENERGY STAR qualified appliances and equipment - they're up to 40% more efficient. Find rebates and incentives in your area using our rebate finder.	Compre electrodomésticos que ahorran energía Siempre compre electrodomésticos o equipos con calificación ENERGY STAR que son hasta un 40% más eficiente. Busque descuentos e incentivos en su área usando nuestro buscador de descuento.
	Adjust Your Water Heater Turn your water heater down to 120° or the "Normal" setting when home, and to the lowest setting when away. Water heating accounts for about 13% of home energy costs.	Ajuste su calentador de agua Reduzca el calentador de agua a 120 ° o al ajuste "Normal" cuando esté en casa, y más bajo cuando no este , Calentar agua representa hasta un 13% de los costos de energía del hogar.

	Keep Cool With Ceiling Fans Reduce air conditioning costs by using fans, keeping windows and doors shut and closing shades during the day. Most ceiling fans use less energy than a light bulb.	Mantenga fresco con ventiladores de techo Reduzca los costos de aire acondicionado mediante el uso de ventiladores, manteniendo las ventanas y puertas cerradas y cerrar las cortinas durante el día. La mayoría de los ventiladores de techo usan menos energía que un foco.
	Be Smart About Lighting Turn off unnecessary lighting and use task or desktop lamps with CFLs instead of overhead lights.	Sea responsable con el uso de luces Apague las luces innecesaria y utilice lámparas de trabajo o de escritorio con CFL en lugar de las luces del techo.
	Power Down Your Computer Enable "power management" on all computers and make sure to turn them off at night. A laptop computer uses up to 90% less energy than bigger desktop models.	Apagar la computadora Programa "la administración de energía" en todos los equipos y asegúrese de apagarlas durante la noche. Una computadora portátil consume hasta un 90% menos energía que los modelos de escritorio más grandes.
	Wash Clothes in Cold Water When possible, wash clothes in cold water. About 90% of the energy used in a clothes washer goes to water heating.	Lave la ropa con agua fría Cuando sea posible, lave la ropa en agua fría. Aproximadamente el 90% de la energía utilizada en una lavadora de ropa se va en calentar el agua.
	Load Up Your Dishwasher Run your dishwasher and clothes washer only when fully loaded. Fewer loads reduce energy and water use.	Carga tu Lavavajillas Utilice el lavaplatos y la lavadora de ropa sólo cuando esté completamente cargada. Lavando menos cargas reduce el consumo de energía y agua.
	Maintain Your Clothes Dryer Make sure your dryer's outside vent is clear and clean the lint filter after every load. When shopping for a new dryer look for one with a moisture sensor that automatically shuts off when clothes are dry.	Mantener su secadora de ropa Asegúrese que la ventilación hacia fuera de su secadora este claro y limpie el filtro de pelusa después de cada carga. Cuando busque comprar una nueva secadora busque una con un sensor de humedad que se apaga automáticamente cuando la ropa este seca.
	Find and Seal Leaks - Sealing cracks, gaps, leaks and adding insulation can save up to 20% on home heating and cooling costs. - Test for air leaks by holding a lit incense stick next to windows, doors, electrical boxes, plumbing fixtures, electrical outlets, ceiling fixtures, attic hatches and other locations where there is a possible air path to the outside. If the smoke stream travels horizontally, you have located an air leak that may need caulking, sealing or weather stripping.	Buscar y sellar las fugas - Sellando las grietas, huecos, filtraciones y agregando isolacion puede ahorrar hasta un 20% en calefacción y refrigeración. - Pruebe si no tiene fugas de aire usando un palito de incienso junto a las ventanas, puertas, cajas eléctricas, de plomería, enchufes eléctricos, accesorios del techo, las portillas del ático y otros lugares donde hay un camino posible de aire hacia el exterior. Si la corriente de humo viaja horizontalmente, usted ha encontrado una fuga de aire que puede ser necesario sellar con calafateo o burletes.