

Información Básica					()	—	
	Apellido del solicitante	Primer Nombre	Inicial	Número del Seguro Social	Código de Área	Número de teléfono	
	Dirección del solicitante:		Ciudad: Riverside	Estado: CA	Código Postal:	¿Cómo se entero de SHARE? <input type="checkbox"/> RPU <input type="checkbox"/> CAP <input type="checkbox"/> Amigo / Familiar <input type="checkbox"/> Website: _____	
	Número total de las personas que viven en el hogar, incluyendo a la persona que aplica:		Miembros del hogar: (Por favor, incluya hoja separada para los miembros adicionales):				
	Utilidad	Número de cuenta:	Tipo de servicio de utilidad: Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/>	Nombre	Relación con la persona que aplica	Tipo de ingreso	Edad
	Servicio de utilidad en el nombre de:						
	Edades de 2 años o menores						
	Edades de 3 - 5 años						
	Edades de 6 - 17 años						
	Edades de 18 - 59 años (adultos)						
Edad 60 años o más (ancianos)							
Deshabilitados							
Verificación de Ingresos	TIPO DE INGRESOS (por cada miembro del hogar – últimas 4-semanas)					Ingresos	
	1. Talones de Pago (Salario bruto, jornales, fondo de aprendizaje, bonos, sobretiempo ingresos bruto de negocio independiente)					\$	
	2. Asistencia Pública - Cal Works - TANF (AFDC)					\$	
	3. Beneficio de Seguro Social (SSI/SSP o SSA) (Favor indique si es que los dos beneficios son otorgados)					\$	
	4. Pensiones (Beneficios de Retiro, Beneficio de Seguro, Seguro de Deshabilitado, Seguro de Incapacitado)					\$	
	5. Especifique cualquier otro tipo de ingreso (manutención conyugal o de hijos, Cuenta de Ahorros, Inversiones, Intereses, Pago del deber del jurado, Seguro de Desempleo)					\$	
	6. Sin ingresos (Por favor, indique la razón y la duración del tiempo de ningún ingreso) debe proporcionar la documentación.						
TOTAL:					\$		
Firma del Solicitante	1. A través de este documento autorizo a: "Community Action Partnership" a Examinar todo empleo, ingresos, servicio de utilidades, combustible y cualquier otro record pertinente a mi solicitud de asistencia de energía. 2. Por este medio autorizo al proveedor de combustible a proveer información relacionada a mi pasado y presente estado de cuenta a la agencia nombrada en el articulo 1 de esta sección. 3. Yo, certifico que temporalmente me encuentro incapaz de pagar mi cuenta(s) de energía(s) 4. Yo, certifico que soy yo independientemente o conjuntamente con otros, responsable por el pago del servicio de energía en este domicilio. 5. Yo, certifico bajo pena de perjurio que toda la información aquí mencionada es verdadera y correcta conforme a mis conocimientos y que he leído la Notificación de Privacidad.						
	Firma del Solicitante		Fecha		Firma del testigo si aplicable		
Programa de Asistencia para el Ahorro de Energía	La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para asistencia. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento (permiso) a RPU, sus contratistas, consultores, otras agencias federales, estatales o locales (RPU Partners) y a mi compañía de servicios públicos y sus contratistas, para compartir información sobre la cuenta de utilidad de mi hogar, uso de energía y/ u otra información necesaria para proveerme de servicios y beneficios como se describe al final del formulario.						
	Firma del Solicitante		Fecha		POR FAVOR, NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA		
Necesidades de Energía de Verificación	USO DE LA OFICINA SOLAMENTE						
	Deposit Notice: _____		Amount of Bill: _____		Danger of Disconnection: Yes No		
Aprobacion de la agencia	Current Assistance: _____		Current Assistance: _____		Last Date of SHARE Assistance: _____		
	Monthly: Yes No						
	Emergency/Deposit: Yes No	Intake Worker's Signature		Intake Workers Name (Print)		Date	