



**¿Necesita ayuda con su
FACTURAS DE AGUA?
Si es así, por favor completé la
solicitud y envíe los
comprobantes de ingresos**

**COVID-19
Asistencia
LIHWAP**

Estimado solicitante de Agua:

El gobierno federal está ofreciendo un beneficio de asistencia de factura de agua por única vez a través del Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP) de hasta \$2,000.00 a los hogares elegibles de ingresos del condado de Santa Clara.

Para ver si califican para este programa, los solicitantes deberán:

- 1) Completar y firmar la solicitud adjunta;
- 2) **Identificación reciente de los Estado Unidos para el solicitante** (licencia de conducir, identificación del trabajo o de la escuela): El nombre del solicitante debe coincidir con el nombre en la identificación. El nombre en la factura del agua **no necesita** ser el nombre del solicitante.
- 3) Adjunte una factura residencial reciente de agua y/o aguas residuales debe ser dentro de los últimos 60 días o estado de cuenta de impuestos a la propiedad. Si tiene un Aviso de incumplimiento, atrasado, o aviso de desconexión, incluir esto junto con una factura detallada reciente;
- 4) Incluya los ingresos recientes de cada adulto mayor de 18 años en el hogar durante los **últimos 30 días**; Solamente los adultos mayores de 18 años que recibieron ingresos en efectivo **o** no tuvieron ingresos en los últimos 30 días deben completar, firmar y fechar el formulario Certificación de Ingresos y Gastos.
Si recibe CalFRESH y/o CalWORKS, necesitaremos una copia reciente de su Notificación de Acción
- 5) Devuelva la solicitud en el sobre adjunto o déjela en el buzón HEAP del Sagrado Corazón ubicado en 1381 S. First Street, San José (entrada principal en W. Alma St.)



Hogares con servicios de **agua incluidos en los pagos de alquiler o sub-medida, necesitarán que su arrendador o la administradora de compañía complete el acuerdo de Arrendador/Administración**. Una persona en el contrato del alquiler debe figurar como "Inquilino" y firmar el contrato. El inquilino y el solicitante de agua no necesitan ser la misma persona. **El propietario o la empresa administradora debe firmar este formulario dando permiso y proporcionar al Sagrado Corazón su factura de agua actual.**

Si tienen alguna pregunta, dejen un mensaje al (408) 916-5014 o envíen un correo electrónico a waterassistance@sacredheartcs.org

Los fondos para este programa son limitados y las solicitudes se procesarán hasta que se agoten los fondos.

Atentamente,
El Equipo LIHWAP del Servicio Comunitario del Sagrado Corazón

GUÍA DE INGRESOS

# de Personas en el Hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso Mensual	\$2,700	\$3,531	\$4,361	\$5,192	\$6,023	\$6,854	\$7,166	\$7,321



Consejos para ahorrar agua

El californiano promedio usa 196 galones de agua por día. A continuación, se presentan algunos consejos gratuitos y de bajo costo para reducir el uso de agua en su hogar en un 20%, lo que equivale a unos 39.2 galones por día.

- Lave solo cargas completas de ropa y use agua fría para ahorrar energía. Esa acción ahorrará entre 15 y 45 galones por carga.
- Instalar un inodoro de alta eficiencia (1.28 galones por descarga). Esa acción ahorrará alrededor de 19 galones por persona por día.
- Instale un cabezal de ducha que ahorre agua. Esa acción ahorrará alrededor de 1.2 galones por minuto o 6 galones por ducha de 5 minutos.
- Arregle los inodoros que gotean. Esa acción ahorrará entre 30 y 50 galones por día por inodoro.
- Cierra la llave de agua cuando se laves los dientes o se afeite. Esa acción ahorrará alrededor de 10 galones por persona por día.
- Tome duchas de 5 minutos. Esa acción ahorrará alrededor de 12.5 galones por ducha.
- Use un cepillo para raspar la vajilla en lugar de enjuagar con agua. Esa acción ahorrará alrededor de 5 galones por carga.
- Cierra la llave de agua mientras se lavas las manos. Esa acción ahorrará alrededor de 10 galones por persona por día.
- Espere hasta que su lavavajillas esté lleno antes de ponerlo en funcionamiento. Esa acción ahorrará entre 5 y 15 galones por carga.

Valley Water está aquí para ayudarle a ahorrar agua y dinero. Visite watersavings.org para obtener información sobre nuestros programas de descuento, reembolsos y dispositivos gratuitos para ahorrar agua. Si tiene preguntas, llame a la línea directa de conservación de agua al (408) 630-2554 o envíe un correo electrónico a Conservation@valleywater.org.



Para recibir una solicitud llame al: 1-408-916-5014 o baje la solicitud en la página de web www.sacredheartcs.org

(Por favor, use pluma con tinta negra o azul)

Primer Nombre	Inicial segundo	Apellido	Fecha de nacimiento M/D/A
Domicilio donde recibe correo:			# de unidad
Ciudad	Condado Santa Clara	Estado CA	Código postal
Domicilio donde vive – (no puede ser un buzón postal (P.O. Box):			
¿El domicilio donde recibe correo es el mismo donde vive?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Ha vivido en su hogar en los últimos 12 meses?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es dueño o arrienda su hogar?..... <input type="checkbox"/> Dueño/dueña <input type="checkbox"/> Arriendo mi hogar			
Domicilio donde vive:			# de unidad
Ciudad	Condado Santa Clara	Estado CA	Código postal
No. de seguro social (SSN):		# de telefono ()	

Correo electrónico: (Opcional) Cual es su idioma preferido: __Inglés? __Español?

Ingrese el # total de personas que viven en su hogar, incluyéndose a usted. →

Ingrese el # total de personas mayor de 18 años en el hogar que recibieron ingresos en las últimas 6 semanas →

Ingrese el # total de personas en su hogar que tengan:

Entre 0 a 2 años de edad	
De 3 - 5 años	
De 6 - 17 años	
De 18 – 59 años	
De 60 – 69 años	
Mayores de 70 años	
Incapacitados	
Campesino temporales/migratorios	

Ingrese el ingreso mensual bruto (antes de impuestos) de todas las personas que viven en su hogar

Ingreso de empleo/sueldo	\$
SSI/ SSP/SSA/SSDI beneficios	\$
TANF/CalWorks/GA/CAPI	\$
Manutención de hijos/Conyuge	\$
Desempleo/compensación de Trabajo	\$
Pensión /Anualidades / Seguro de Vida	\$
Ingreso de interés / Dividendos	\$
Ingresos en Efectivo/Otros ingresos	\$
INGRESO TOTAL (antes de impuestos)	

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

FACTURA de AGUA

Nombre de la empresa de agua: _____ # de cuenta: _____

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

¿Su servicio de agua está incluido el alquiler o tiene una cuenta con medidor individual? Sí No

¿Su servicio agua está cortado? Sí No

¿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 reciente)

Factura del agua Factura de tratamiento de aguas residuales

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

Información demográfica de todas las personas que viven en su hogar:			
¿Cuántas personas, incluyéndose a usted, viven en su hogar? _____			
A continuación, ingrese la información de todas las personas que viven en su hogar.			
1) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relacion con el solicitante
			<i>Usted-el/la solicitante</i>
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
2) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el Aplicante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
3) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el Aplicante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
4) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el Aplicante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
5) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el Aplicante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			
6) Primer Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el Aplicante
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	¿Con qué raza se identifica? <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Ingreso bruto mensual (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Marque si es menor de edad (0-17 años)			
Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> SSI/SSP/SSA/SSDI <input type="checkbox"/> CalWorks/GA/CAPI <input type="checkbox"/> Desempleo/EDD <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Otro			

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.

Permiso/Autorización: 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.

Su firma de Autorización aquí



Firma del Aplicante

Fecha

Consejos para ahorrar agua: He recibido información sobre los cambios que puedo hacer para reducir el consumo de agua en mi hogar. Los consejos de ahorro de agua están incluidos con esta aplicación/solicitud.

Firme aquí



Firma del Aplicante

Fecha

NO LLENE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN. ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO OFICIAL.

Is the bill past due? Si No

ACC # _____

VW eligible? Si No

Total Water Cost (for water burden only) \$ _____

Water Burden _____

Total LIHWAP Benefit \$ _____

Water Services Restored after disconnection: Si No

Disconnection of Water Services prevented: Si No

Eligibility Certification Date: _____

Intake Date: _____

Intake Initials: _____

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS (CSD 43B)

Todos los adultos en el hogar mayores de 18 años deben completar este formulario si recibieron Dinero en Efectivo o Sin Ingresos en los últimos 30 Días.

Nombre: _____ Domicilio: _____

Por favor, marque todas las categoria que apliquen a usted:

Recibo ingresos en efectivo de otras fuentes
 No tengo ingreso
 Soy estudiante

Sección 1: Indique sus fuentes de ingresos del MES anterior.

Durante el último mes ha trabajado usted horas parciales? Si es haci, escriba la cantidad exacta recibida en la Sección 4.	SI	NO
Durante el último mes trabajó por su propia cuenta? Si es haci, escriba la cantidad exacta recibida en la Sección 4.	SI	NO
¿Recibió dinero por algún trabajo que realiza solo de vez en cuando, como trabajo de jardinería, cuidar niños, limpiar casas o recibió ingresos en efectivo de otras fuentes como reciclar, vender artículos personales, etc. Si es haci, escriba la cantidad exacta recibida en la Sección 4.	SI	NO
Durante el último mes ha recibido usted algun regalo en dinero? Si su respuesta es SI por favor complete la siguiente información Nombre: _____ Cantidad: _____ Por cuanto tiempo: _____	SI	NO
Recibió usted alguno de los siguientes beneficios: marque todos aquellos que usted ha recibido y proporcione documentos. <input type="checkbox"/> Compensación del trabajo <input type="checkbox"/> Desempleo (EDD) <input type="checkbox"/> Programas de Gobierno (SSI/SSA/etc.) <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Pago de Anualidades <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Pagos Tribale <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro <input type="checkbox"/> IRA	SI	NO
Esta recibiendo usted ingreso por alquiler? Si es haci, escriba la cantidad exacta recibida en la Sección 4.	SI	NO

Sección 2: Por favor diganos como ha pagado estos gastos mensuales durante los meses anteriores?

Esta usando sus ahoros o prestamo con garantia hipotecaria?	Si es asi, cuanto?	\$	SI	NO
Esta utilizando otros bienes?	Si es asi, cuanto y que son?	\$	SI	NO
Esta tomando prestado de una tarjeta de credito?	Si es asi, cuanto?	\$	SI	NO
Esta usted tomando prestado de alguna otra fuente?	Si es asi, cuanto y por cuanto tiempo?	\$	SI	NO

Sección 3: Por favor diganos como ha pagado estos gastos mensuales durante los meses anteriores?

Gastos	Gastos Mensuales	Como se ha pagado este gasto? Por favor aclare.	Si alguien mas pago sus gastos mensuales, favor de completar abajo
Renta o Hipoteca	\$		Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
Factura de Energia / Gas	\$		Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
Alimentación / Comida	\$		Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Sección 4: Por favor, explique como sus gastos mensuales han sido pagados: Si ha recibido dinero en efectivo en los últimos 30 días cuanto recibio?

(Ex. Gane \$150 en efectivo cuidando niños en los últimos 30 días. Del 1 al 30 de Junio, gane \$500 en efectivo trabajando como jornalero.)

Al firmar este formato, yo afirmo que estos hechos son exactos y verdaderos. Otorgo al proveedor del Servicio Comunitario del Sagrado Corazón permiso para verificar esta información. Puedo ser responsable bajo la ley estatal o federal por dar información falsa o fraudulenta.

CERTIFICATION OF INCOME AND EXPENSES FORM (CSD 43B)

COMPLETE THIS FORM for any adult (18 years or older) in the household who **DOES NOT** have income OR received **CASH INCOME** in the last **30 days**.

Name: _____ Address: _____

Please check any that apply:

- I receive cash income from other sources
 I have NO income
 I am a student

SECTION 1: Tell us about your income sources for the previous MONTH:

Have you been employed part time? If YES , put exact amount received in Section 4.	YES	NO
Have you been self-employed ? If YES , put exact amount received in Section 4.	YES	NO
Did you receive money for any work that you perform only once in a while, like yard work, babysitting, cleaning houses or received cash income from other sources like recycling, selling personal items, etc.? If YES , put exact amount received in Section 4.	YES	NO
Have you received any gifts of money from anyone? If YES , please list the name and phone number of the person who gave you the gift and when:	YES	NO
Did you receive any of the following: (If YES , mark all that apply and provide document(s)) <input type="checkbox"/> <i>Worker's Comp/SSDI</i> <input type="checkbox"/> <i>Unemployment (EDD)</i> <input type="checkbox"/> <i>Government Sponsored Benefits (SSI/SSA/VA/CAPI/Etc.)</i> <input type="checkbox"/> <i>IRA</i> <input type="checkbox"/> <i>Annuity Payment</i> <input type="checkbox"/> <i>Pension</i> <input type="checkbox"/> <i>Tribal Casino Payments</i> <input type="checkbox"/> <i>Insurance Benefits</i> <input type="checkbox"/> <i>Child/Spousal Support</i>	YES	NO
Have you received rental income from renting out a room or other property in the last 30 days? If Yes , put amount received in Section 4.	YES	NO

SECTION 2: How did you pay these monthly expenses during the previous months?

Are you using savings or a home equity loan?	If YES , how much?	\$	YES	NO
Are you using some other asset?	If YES , how much & what are they?	\$	YES	NO
Are you borrowing from credit cards?	If YES , how much?	\$	YES	NO
Are you borrowing from some other source?	If YES , how much and how long and when?	\$	YES	NO

SECTION 3: Please tell us how you paid the following monthly expenses during the previous month:

Expense	Monthly Cost	How has this expense been paid? Please explain:	If someone else pays for you, please complete:
Rent or Mortgage	\$		Name: _____ Address: _____ Phone: _____
Electric/Gas Bills	\$		Name: _____ Address: _____ Phone: _____
Food	\$		Name: _____ Address: _____ Phone: _____

SECTION 4: Please explain how your monthly expenses were paid or cash income received in the last 30 days:

(Example: In the last 30 days, I made \$150 in cash babysitting. In the last 30 days, I made \$500 in cash from recycling.)

By signing this form, I affirm that I believe these facts are accurate and true. I give Sacred Heart Community Service my permission to verify this information. I may be held liable under federal or state law for knowingly making false or fraudulent statements.

Signature _____

Date _____



**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHWAP)
ACUERDO DE PROPIETARIO/AGENTE/MANEJADOR DE LA PROPIEDAD**

(SÓLO llene este formulario si su factura de agua está INCLUIDA en su alquiler o es submedida)

LIHWAP brinda asistencia financiera a los californianos de bajos ingresos para ayudarlos con sus costos de servicios de agua y aguas residuales residenciales. Los fondos federales de LIHWAP son administrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y el Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo (CSD) de California ha sido designado como la agencia administradora de LIHWAP en California.

El Acuerdo de **Arrendador/Propietario** (Manejador) es un formulario complementario a la solicitud LIHWAP. Este acuerdo se utiliza para que el arrendador/agente de administración verifique: 1) la **tenencia** del solicitante y 2) que los costos de agua, aguas residuales y/o aguas pluviales **estén incluidos en el alquiler del inquilino** y 3) estos costos estén **atrasados**. La firma del propietario/agente garantiza que el beneficio LIHWAP se aplicará a los próximos cargos de agua del inquilino incluidos en el pago del alquiler.

Nombre del inquilino:			
Domicilio de Servicio:		# de unidad:	
Ciudad:		CA	Código postal:
Teléfono:	()	Correo electrónico:	

Renta mensual que cubre los costos de agua.	\$ _____
PAGO DE FACTURA: Marque como quiere aplicar su beneficio: (Solo marque una casilla)	<input type="checkbox"/> Solo agua <input type="checkbox"/> Solo aguas residuales <input type="checkbox"/> Agua y aguas residuales cuando se combinan en una factura bajo el Arrendador/Cuenta del propietario
¿Cuántos meses está atrasado en el pago de su alquiler?	

Propietario:				
Arrendador/Agente:				
Domicilio:		Ciudad:		Estado:
Teléfono:	()	Correo electrónico:		
Nombre de la empresa de agua:		# de cuenta		

Certificación del arrendador o agente de administración: El arrendador/agente confirma que el arrendatario mencionado anteriormente ha entrado en un contrato de alquiler con el arrendador/agente y que los cargos por agua y/o aguas residuales y/o aguas pluviales del arrendatario están incluidos en el alquiler. El propietario/agente acuerda aceptar un pago de alquiler reducido del inquilino por el monto del beneficio LIHWAP que se aplicará al alquiler del mes actual o subsiguiente. El arrendador/agente da su consentimiento para la divulgación de la información de la cuenta de servicio de agua del arrendador/agente al Departamento de Desarrollo y Servicios Comunitarios de California (CSD) y sus agentes autorizados, incluido HORNE LLP, con el fin de procesar el beneficio/pago LIHWAP.

Firma del Propietario/Agente : _____ **Fecha :** _____

Certificación del Inquilino: Certifico que soy un inquilino nombrado en el contrato de alquiler con el Propietario. Entiendo que el arrendador/agente acepta aceptar un pago de alquiler reducido si se aprueba mi solicitud LIHWAP y se emite el pago correspondiente a la compañía de agua del arrendador por los cargos de agua, aguas residuales y/o aguas pluviales de mi hogar. Entiendo que puedo tener derecho a las protecciones del inquilino si el propietario no cumple con los términos del Acuerdo de Propietario/Administración.

Firma del Inquilino : _____ **Fecha :** _____



LOW-INCOME HOUSEHOLD WATER ASSISTANCE PROGRAM (LIHWAP) LANDLORD/MANAGEMENT AGREEMENT

(ONLY fill out this form if your water bill is INCLUDED in your rent or is sub-metered)

LIHWAP provides financial assistance to low-income Californians to help manage their residential water and wastewater utility costs. The federal LIHWAP funds are administered by the U.S. Department of Health and Human Services and the California Department of Community Services and Development (CSD) has been designated the administering agency for LIHWAP in California.

The Landlord/Management Agreement is a supplement form to the LIHWAP application. This agreement is used for the landlord/management agent to verify the: 1) **tenancy** of the applicant and 2) that water, wastewater, and/or stormwater costs are **included in tenant's rent** and 3) these costs are **past due**. The landlord/management agent signature ensures the LIHWAP benefit will be applied towards the tenant's upcoming water charges included in rent payment.

Tenant Name:					
Service Address:				Unit #:	
City:		CA	Zip Code:		
Phone:	()	Email:			

Amount of monthly rent that covers water and/or wastewater costs:	\$ _____
PAY BILL : Assistance to Cover (check one)	<input type="checkbox"/> Water Only <input type="checkbox"/> Wastewater Only <input type="checkbox"/> Water & Wastewater when combined in one bill under the Landlord/Management Agent's account
Number of months past due on rent:	

Property Owner:					
Manager/Rental Agent:					
Address:		City:		State:	Zip Code:
Phone:	()	Email:			
Water Company Name		Account #			

Landlord or Management Agent Certification: The landlord/agent confirms the tenant listed above has entered into a rental agreement with the landlord/agent and the tenant's water and/or wastewater and/or stormwater charges are included in rent. The landlord/agent agrees to accept a reduced rental payment from the tenant in the amount of the LIHWAP benefit which will be applied to the current or subsequent month's rent. The landlord/agent consents to the release of the landlord/agent's utility account information to the California Department of Community Services and Development (CSD) and its authorized agents, including HORNE LLP, for the purpose of processing the LIHWAP benefit.

Landlord/Agent Signature: _____ **Date:** _____

Tenant Certification: I certify that I am a tenant named on the rental agreement with the Landlord. I understand the landlord/agent agrees to accept a reduced rental payment if my LIHWAP application is approved and a corresponding payment is issued to the landlord's water company for my households' water, wastewater, and/or stormwater charges. I understand I may be entitled to tenant protections if the landlord does not honor the terms of the Landlord/Management Agreement.

Tenant Signature: _____ **Date:** _____