



LIHWAP

**Programa de Asistencia de Agua
para Hogares de Bajos Ingresos
¡Solicite Hoy Mismo!**



¿Qué es LIHWAP?

El Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP, por sus siglas en inglés) es un programa de emergencia temporal para ayudar a las familias de bajos ingresos con asistencia con las facturas de agua y alcantarillado atrasadas, hasta \$2,000. LIHWAP es una subvención. Usted no tiene que devolverlo.

Para recibir ayuda, debe:

- Ser residente del condado de Riverside.
- Tener una factura de agua o alcantarillado sin pagar.
- Cumplir con las pautas de ingresos.

¿Cómo lo solicito?

Llame a la asociación Community Action Partnership del Condado de Riverside al (951) 955-4900 para pedir una solicitud. Si usted solicita LIHEAP ahora, lo precalificará para LIHWAP. Usted puede solicitar LIHEAP en línea en www.capriverside.org.

Para solicitarlo necesitarás:

- Nombres de las personas de su hogar.
- Identificación con foto y tarjeta de seguro social de la persona que solicita.
- Últimas 4 semanas de ingresos para todos los miembros del hogar.
- Factura de agua/alcantarillado.
- Prueba de ciudadanía.

Elegibilidad adicional:

Si usted recibe CalWORKS, CalFresh y/o recibió LIHEAP en los últimos 4 meses, automáticamente calificará para LIHWAP.

Su sistema de agua debe estar inscrito en el Programa de Pago Directo para recibir el pago de nosotros.

2022 LIHWAP INGRESOS ELEGIBLES

Tamaño del hogar	Ingreso mensual
1	\$2,564.73
2	\$3,353.87
3	\$4,143.02
4	\$4,932.17
5	\$5,721.31
6	\$6,510.46
7	\$6,658.43
8	\$6,806.39
9	\$6,954.36
10	\$7,102.32



**PARA MÁS INFORMACIÓN,
PÓNGASE EN CONTACTO:
(951) 955-4900
www.capriverside.org**

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 <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		¿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	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

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA o ESTADO DE NO CIUDADANO PARA BENEFICIOS PÚBLICOS

Nombre del solicitante de los servicios de energía	Fecha
Nombre de la persona que representa el solicitante, si corresponde	Relación con el solicitante

Beneficios Públicos para Ciudadanos y No Ciudadanos

Los Ciudadanos y Nacionales de los Estados Unidos que cumplan con todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos y/o el Programa de Asistencia de Climatización para Bajos Ingresos del Departamento de Energía y deben **completar las Secciones A y D**.

Los No Ciudadanos que cumplan con todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir servicios bajo el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos y/o el Programa de Asistencia de Climatización para Bajos Ingresos del Departamento de Energía y deben **completar las Secciones A, B o C y D**.

Section A: Citizenship/Non-Citizen Status Declaration

1. ¿Es el solicitante ciudadano o nacional de los Estados Unidos? Sí No
Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿dónde nació? Ciudad/Estado
2. Para establecer la ciudadanía o la naturalización, presente uno de los documentos de la Lista A (adjunta al presente) que sea legible e inalterado para establecer la prueba.

Si es **Ciudadano o Nacional de los Estados Unidos**, vaya directamente **a la Sección D**.

Si **No es Ciudadano**, complete **la Sección B o, si corresponde, la Sección C**.

Sección B: Declaración de La Condición de No Ciudadano

Importante: Indique a continuación la condición de no ciudadano del solicitante y presente los documentos que demuestren dicha condición. Los documentos de estatus de no ciudadano enumerados para cada categoría son los documentos más utilizados que el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS) proporciona a los no ciudadanos en esas categorías. Puede proporcionar otras pruebas aceptables de su condición de no ciudadano, incluso si no se enumeran a continuación.

1. Un extranjero admitido legalmente para residencia permanente bajo la Ley de Inmigración y Naturalización (INA). La evidencia incluye:
- Formulario I-551 del INS (Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como "tarjeta verde"); o
 - Sello I-551 Temporal Vigente en el pasaporte extranjero o en el formulario I-94 del INS.
2. Un extranjero al que se le concede asilo bajo la sección 208 de la INA. La evidencia incluye:
- Formulario I-94 del INS anotado con un sello que muestra la concesión de asilo según la sección 208 de la INA;
 - Formulario INS I-688B (Tarjeta de autorización de empleo) anotado "274a.12 (a) (5)";
 - Formulario INS I-766 (Documento de autorización de empleo) anotado "A5";
 - Carta de concesión de la Oficina de Asilo del INS; o
 - Orden de un juez de inmigración concediendo asilo.
3. Un refugiado admitido en los Estados Unidos bajo la sección 207 de la INA. La evidencia incluye:
- Formulario I-94 del INS anotado con un sello que muestre la admisión según la sección 207 de la INA;
 - Formulario I-688B del INS (Tarjeta de autorización de empleo) anotado "274a.12(a)(3)";
 - Formulario INS I-766 (Documento de autorización de empleo) anotado "A3"; o
 - Formulario I-571 del INS (Documento de Viaje para Refugiados)
4. Un extranjero en libertad condicional en los Estados Unidos durante al menos un año según la sección 212 (d) (5) de la INA. La evidencia incluye:

- Formulario I-94 del INS con un sello que muestre la admisión durante al menos un año según la sección 212(d)(5) de la INA. (El solicitante no puede sumar períodos de admisión de menos de un año para cumplir con el requisito de un año).

5. Un extranjero cuya deportación se retiene bajo la sección 243(h) de la INA (en vigor antes del 1 de abril de 1997) o la sección 241(b)(3) de dicha Ley (modificada por la sección 305(a) de la división C de la Ley Pública 104-208). La evidencia incluye:
- Formulario I-688B del INS (Tarjeta de Autorización de Empleo) anotado "274a.12(a)(10)";
 - Formulario INS I-766 (Documento de Autorización de Empleo) anotado "A10"; o
 - Orden de un juez de inmigración que muestre la deportación retenida bajo la sección 243(h) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1997, o la deportación retenida bajo la sección 241(b)(3) de la INA.
6. Un extranjero a quien se le otorga entrada condicional bajo la sección 203(a)(7) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1980. La evidencia incluye:
- Formulario I-94 del INS con un sello que muestre la admisión según la sección 203(a)(7) de la INA;
 - Formulario I-688B del INS (Tarjeta de autorización de empleo) anotado "274a.12(a)(3)"; o
 - Formulario I-766 del INS (Documento de autorización de empleo) anotado "A3".
7. Un extranjero que sea cubano o haitiano (según se define en la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Refugiados de 1980). La evidencia incluye:
- Formulario I-551 del INS (Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero, comúnmente conocida como "tarjeta verde") con el código CU6, CU7 o CH6;
 - Sello I-551 temporal no vencido en pasaporte extranjero o en el formulario I-94 del INS con el código CU6 o CU7; o
 - Formulario I-94 del INS con un sello que muestre la libertad condicional como "Ingresante cubano/haitiano" según la sección 212(d)(5) de la INA; o en libertad condicional después del 10/10/80 en el estatus especial para nacionales de Cuba o Haití.
8. Un extranjero en libertad condicional en los Estados Unidos por menos de un año bajo la sección 212 (d) (5) de la INA. (La evidencia incluye el Formulario I-94 del INS que muestra este estado).
9. Un extranjero que no está en las categorías 1 a 8 que ha sido admitido en los Estados Unidos por un período de tiempo limitado (un no inmigrante). Los no inmigrantes son personas que tienen un estatus temporal para un propósito específico. (La evidencia incluye el Formulario I-94 del INS que muestra este estado).
10. Autocertifico que soy ciudadano estadounidense o nacional no ciudadano o extranjero calificado, pero no puedo proporcionar documentación. (Solo permitido bajo el componente del Programa de Intervención de Crisis Energética (ECIP) del Programa LIHEAP).

Sección C: Declaración para Ciertos Extranjeros Maltratados

Importante: Complete esta sección si el solicitante, el hijo del solicitante o el padre del hijo del solicitante ha sido golpeado o sometido a crueldad extrema en los Estados Unidos por un cónyuge o padre.

1. ¿Ha concedido el INS o la EOIR una petición o solicitud presentada por o en nombre del solicitante, el hijo del solicitante o el padre del hijo del solicitante en virtud de la INA o ha encontrado que una petición pendiente establezca un caso prima facie para otorgar permiso para permanecer en los Estados Unidos? La evidencia incluye uno de los documentos en la Lista B (adjunta al presente).
2. ¿El solicitante, el hijo del solicitante o los padres del hijo solicitante han sido golpeados o sometidos a crueldad extrema en los Estados Unidos por un cónyuge o padre, o por un miembro de la familia del cónyuge o padre que vive en la misma casa (donde el cónyuge o padre consintió o accedió a la agresión o la crueldad)?

Sección D: Certificación

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO SEGÚN LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON VERDADERAS Y CORRECTAS A MI MEJOR CONOCIMIENTO.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma de la persona que representa el solicitante, si corresponde	Fecha
---	-------

Adjuntos: Listas A y B